Aus dem Gerichtsärztlichen Institut der Hansischen Universität
Leiter: Obermedizinalrat Dr. med. H. Koopmann

Ueber Voraussetzungen für die Annahme einer Invalidität

DISSERTATION
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Hansischen Universität Hamburg

vorgelegt von

GEORG FEDROWITZ
aus St. Petersburg

Hamburg 1939

1. Berichterstatter: Dozent Dr. K o o p m a n n
2. Berichterstatter: Prof. Dr. F a h r

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Hansischen Universität Hamburg

Dissertationsdruck: A. Preilipper, Hamburg 11, Admiralitätstraße 16

INHALT

A. Einleitung.

B. 1. Über den Einfluß des ärztlichen Sachverstandes auf den Verlauf eines Invalidisierungsverfahrens.

1. Sachverstand des behandelnden Arztes.
2. Sachverstand der Distriktsärzte.
3. Sachverstand der Obergutachter.
4. Sachverstand bei stationärer Beobachtung.
5. Vergleichende Gegenüberstellung.

II. Gebrechen, die Invalidität bedingen.

1. Herz.
2. Lunge.
3. Leib.
4. Kopf und Gehirn.
5. Gliedmaßen.
6. Nebenbefunde.

C. Zusammenfassung.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548123_0134

A. Einleitung

Schon in den frühen Zeiten unserer Geschichte kann man ein soziales Verhalten der Gemeinschaft gegenüber dem einzelnen nachweisen. Bei den Germanen, mit ihrem ausgeprägten Familiensinn, war es selbstverständliche Pflicht der Sippe, ihre kranken oder siechen Mitglieder zu betreuen. Nach dem germanischen Volksrecht waren Entschädigungen für erlittene Verletzungen gebräuchlich, die der Sippe des Verletzten zuflossen. Die Ähnlichkeit dieser Regelung mit der modernen Prozentberechnung der Erwerbsunfähigkeit bei der Unfallversicherung ist überraschend. Mit der Verbreiterung der christlichen Religion im frühen Mittelalter änderte sich das Bild. An Stelle des Volksrechtes traten religiöse Richtlinien. Die biblischen Vorbilder wurden nachgeahmt, und in Bußbüchern wurde das hygienische Leben geregelt. Mit dem Aufblühen der Städte trat das frühere patriarchalische Prinzip in den Hintergrund, und die städtische Gemeinschaft übernahm die sozialen Pflichten. Es entstanden Hospitäler, die aber nur der Pflege und Isolierung der Kranken dienten. Die Kirche versuchte durch die Idee der caritas die sozialmedizinischen Probleme zu lösen. Man gab und wirkte um himmlischen Lohn. Wer durch die caritas betreut wurde, war gleichgültig. In den caritativen Anstalten fanden auch Arme und Alte Aufnahme. Neben den Einrichtungen der caritas entstanden die ersten Anfänge der genossenschaftlichen Fürsorge bei den Zünften, Gilden und Gesellenbruderschaften. Einige Zünfte machten ihren Mitgliedern den Beitritt zu ihren Fürsorgeeinrichtungen, den Zunftladen, zur Pflicht. Die Mittel wurden entweder durch Umlagen oder durch regelmäßige Beitragszahlungen aufgebracht, und dienten zur Betreuung ihrer Mitglieder im Erkrankungs- und Sterbefall und zum Teil auch für die Hinterbliebenenfürsorge. Die erste Zunft, die das Prinzip der Selbsthilfe auf genossenschaftlicher Grundlage durchführte, war die Zunft der Wollweber in Konstanz im Jahre 1386. Dieses Prinzip verbreitete sich schnell und gewann immer mehr an Bedeutung. Allerdings wurden von den Genossenschaften meist nur Natural- und Sachleistungen gewährt. Die Unterstützungen waren wie in der modernen Gesetzgebung auf dreizehn Wochen begrenzt. Die Weitergewährung unterlag der freien Entscheidung der Zunftgenossen. Als später Ärzte von den Spitälern angestellt wurden, gewährten die Zünfte neben der ambulanten auch stationäre Behandlung. Die Städte richteten ihr Augenmerk hauptsächlich auf die Verhütung von Krankheiten. Sie erließen gewerbehygienische Gesetze. So wurden zum Beispiel die Abdeckereien außerhalb der Stadtmauern verlegt. Die Städte hatten aber nur einen engen Gesichtskreis. Nur das, was innerhalb der Stadtmauern vorging, hatte für sie Interesse. Es konnten sich daher umfaßende soziale Einrichtungen nicht entwickeln. Zu Beginn der Neuzeit entstand der Territorialstaat mit der landesherrlichten Gewalt, die

das öffentliche und private Leben der Untertanen beaufsichtigte und regelte. In Preußen erließ der Große Kurfürst die erste Medizinalordnung, nach der die Pflichten der Ärzte, Apotheker und des Heilpersonals geregelt wurden. Es wurden Distrikte mit Distriktsärzten geschaffen, die für jeden Bewohner des Distrikts zu sorgen hatten. Kurpfuscherei wurde bestraft. Das Krankenhaus wurde immer mehr eine öffentliche Angelegenheit, in dem die Therapie entwickelt und gefördert wurde. Mit dem Beginn des technischen Zeitalters entstand der vierte Stand, der in den Städten auf engem Raum zusammengedrängt in unwürdigen Verhältnissen lebte. Der „Arbeiter auf Lebenszeit" begann seine Menschenrechte zu fordern. Durch private Initiative und Selbsthilfe bildeten sich die Gesundheitspflegevereine, die man als Vorläufer der Privatkrankenkassen ansehen kann, und die Fabrikkrankenkassen, mehr unseren Ortskrankenkassen entsprechend. Die Preußische Regierung erließ 1845 eine Gewerbeordnung, 1876 und 1884 das Gesetz über die eingeschriebenen Hilfskassen. Doch konnte damit eine Besserung noch nicht erzielt werden. Erst nach der Reichsgründung war es Bismarck möglich, eine wirklich einschneidende soziale Gesetzgebung zu schaffen, die allerdings von der Sozialdemokratie abgelehnt und gegen ihren Willen durchgeführt wurde. Erst nach Bismarcks Abgang wurden Abänderungen besonders in der Krankenversicherung erwirkt, die der Sozialdemokratie ein Einflußgebiet nach dem anderen sicherten, und unter Verkennung des wahren Grundgedankens der Gesetze, die Krankenversicherung zum Machtfaktor der Sozialdemokratischen Partei machten. Auf diese Weise gelangten die Krankenkassen zu ihrer Vormachtstellung und begannen den Kampf um weitere Rechte. Die Ärzteschaft verlor in diesem Kampf ein Recht nach dem anderen. Die ursprünglichen Aufgaben der Versicherung traten immer mehr in den Hintergrund, die sozialen Einrichtungen dienten vorwiegend der parteisozialdemokratischen Machtstellung. So kam es zu einem Verfall der sozialen Einrichtungen. Das Vertrauen der Versicherten zu den Einrichtungen ging verloren. Eine Notverordnung jagte die andere. Schließlich wurde die Sozialversicherung zu einer Geheimwissenschaft, in der sich niemand mehr auskannte. Außerdem waren große Teile der Sozialversicherung infolge der zersetzenden Einflüsse in Politik und Wirtschaft mit einem so großen Defizit beladen, daß sie dem Zusammenbruch nahe waren. In der Invalidenversicherung überstiegen in den Jahren 1931 und 1932 die Ausgaben um je rund 185 Millionen RM. die Einnahmen. Diese ungesunden Verhältnisse mußten sich natürlich stark auf die Versicherten auswirken. Nach der Machtübernahme durch den Nationalsozialismus war es daher die dringlichste Aufgabe, nach einem Sanierungsplan die Sozialversicherung, die rund zwei Drittel der gesamten Einwohnerzahl Deutschlands erfaßt, wieder lebensfähig zu gestalten und ihren ursprünglichen Aufgaben zuzuführen. Dazu wurde am 7. Dezember 1933 das Gesetz zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Invaliden-, der Angestellten- und der Knappschaftversicherung, und am 5. Juli 1934 das Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung erlassen. Während das erste Gesetz die Leistungen der Versicherung beschränkte, beseitigte das zweite Gesetz die Zersplitterung und Unübersichtlichkeit in der Sozialversicherung. Dem zweiten Gesetz folgten 15 Verordnungen. Die dritte

Verordnung über Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten vom 16. Dezember 1936 zählt 26 Krankheiten auf, die als Berufskrankheiten zu gelten haben, und bezieht sie in die Unfallversicherung ein. Nach Überwindung der Arbeitslosigkeit konnte das Gesetz über den Ausbau der Rentenversicherung vom 21. Dezember 1937 erlassen werden. Mit diesem wurde der Ausbau der Leistungen nach nationalsozialistischen Grundsätzen eingeleitet, indem für das schaffende Volk die Heirat erleichtert, die Renten für Jugendliche, Kinderreiche und Kriegsteilnehmer verbessert, die Reichsversicherung an die wiedererrungene Wehrfreiheit und den Reichsarbeitsdienst angepaßt und außerdem dem unter schwerer Berufsgefahr arbeitenden Bergmann der Beitrag erleichtert und seine Rente erhöht wurde. Mit diesen Gesetzen haben wir wieder eine gerechte und leistungsfähige Sozialversicherung. Für die Gesundung der Invalidenversicherung zeugt, daß sich die Gesamteinnahmen der Invalidenversicherung im Jahre 1935 auf 1480,3 Millionen RM. beliefen, und ihnen die Gesamtausgaben in Höhe von 1248,3 Millionen RM. gegenüberstanden. Die ständig fortschreitende Besserung der Wirtschaftslage des deutschen Volkes hat die Einnahmen und Ausgaben weiterhin günstig beeinflußt, so daß die Finanzen der Invalidenversicherung heute ein durchaus erfreuliches Bild bieten.

Die geschichtliche Übersicht über die Entwicklung der Sozialversicherung war notwendig, um ihre Bedeutung für die deutsche Volksgemeinschaft zu zeigen. An ihr sind Versicherte, Versicherungsträger und Ärzteschaft gleichermaßen interessiert. Die folgenden Ausführungen sollen einen kleinen Ausschnitt der Sozialversicherung, der besonders die gutachtende Ärzteschaft angeht, auf Grund statistischer Unterlagen beleuchten.

In der Sozialversicherung gibt es Begriffe, die weder dem Versicherten noch der Ärzteschaft im allgemeinen genügend bekannt sind. Einen dieser Begriffe, den Begriff der Invalidität, möglichst scharf zu umreißen, war die Aufgabe meiner statistischen Untersuchungen. Sie wurden angestellt an Akten der Landesversicherungsanstalt in Lübeck und zwar an 100 Akten aus dem Jahre 1931, an 100 Akten aus dem Jahre 1935 und an 50 Akten über Tuberkulosefälle aus dem Jahre 1937. Sie waren möglich nur durch das liebenswürdige Entgegenkommen des Präsidenten der Landesversicherungsanstalt Lübeck, Dr. Storck, für das ihm an dieser Stelle sehr gedankt wird.

Der Invaliditätsbegriff ist leider kein objektiv absolut feststehender. Bei der Bestimmung seiner Voraussetzungen spielt das Subjekt des Gutachters wie bei jeder gutachterlichen Tätigkeit eine Rolle, zumal in Grenzfällen, die gerade bei der Begutachtung der Invalidität nicht selten sind.

Um ungerechte Behandlung der Antragsteller nach Möglichkeit zu vermeiden, ist das Invalidisierungsverfahren mit Sicherungsmaßnahmen für diese ausgestattet, die von den Aufsichtsbehörden (Versicherungsamt, Oberversicherungsamt und Reichsversicherungsamt) ausgeübt werden. Die Objektivität der Aufsichtsbehörden (Oberversicherungsamt und Reichsversicherungsamt) soll dadurch gewährleistet werden, daß in ihnen Laienrichter Sitz und Stimme haben. Die Aufsichtsbehörden sind aber in der Regel bei ihrer Beschlußfassung auf ärztlichen Sachverstand an-

gewiesen. Im Invaliditätsverfahren tritt der ärztliche Sachverstand in vier Formen in Erscheinung: Behandelnder Arzt, Distriktsarzt (Vertrauensarzt der Landesversicherungsanstalt), beamteter Arzt oder autoritativer Facharzt (Vertrauensarzt des Oberversicherungsamtes) und Krankenhausarzt (stationäre Begutachtung).

Über die Frage, warum ärztlicher Sachverstand in den Invalidisierungsverfahren notwendig ist, herrscht bei vielen Antragstellern begreiflicherweise Unkenntnis. Sie sehen deshalb in dem ärztlichen Gutachter vom Vertrauensarzt der Landesversicherungsanstalt an von vornherein einen Feind, der von den Versicherungsträgern bezahlt wird und einseitig die Belange dieser vertritt. Sie wissen nicht, daß es „funktionelle" Beschwerden, Aggravation und Simulation gibt, sie ahnen oft nichts von dem Segen der Arbeit bei Beschwerden mancher Art beziehungsweise bei überwerteten Beschwerden. Ich halte es deshalb für notwendig, jeden Antragsteller vor der Untersuchung darüber aufzuklären, daß für die Erlangung einer Invalidenrente nicht die subjektiven Beschwerden, über deren Berechtigung ein Laie kein Urteil haben kann, maßgebend sind (Aggravation, Simulation), sondern der objektive ärztliche Befund, und weiter, daß ein Obergutachter nur dann zu einem von dem Vorgutachter abweichenden Urteil kommen kann, wenn er dem Vorgutachter Irrtümer nachweist. Eine Aufklärung der Antragsteller über den Grad der für die Invalidisierung notwendigen Erwerbsminderung (über $66^2/_3\%$) und darüber, daß „berufsunfähig" mit „invalide" nicht gleichbedeutend ist, wird sich oft als notwendig und Segen bringend erweisen.

In dem ersten Hauptteil meiner Arbeit habe ich auf Grund der von mir bearbeiteten Akten herauszustellen versucht, wie die vier verschiedenen Arten von ärztlichem Sachverstand zu arbeiten pflegten, welche Gesichtspunkte ihnen für die Annahme einer Invalidität maßgebend waren und zu welchem Abschluß das Invalidisierungsverfahren führte. Ich habe in diesem Teil absichtlich die einzelnen die Invalidität bedingenden Gebrechen fortgelassen, um mich mit diesen Gebrechen im zweiten Hauptteil meiner Arbeit zu beschäftigen.

Zum ersten Teil der Arbeit sei noch gesagt, daß der behandelnde Arzt selbstverständlich den Zustand eines Antragstellers am ehesten milde beurteilen darf, daß aber gerade er Kenntnisse auf dem Gebiet der Sozialversicherung haben muß, um Enttäuschungen der Antragsteller zu verhindern und um nicht in den Ruf eines schlechten Gutachters zu kommen.

I. Über den Einfluß des ärztlichen Sachverstandes auf den Verlauf eines Invalidisierungsverfahrens

1. Sachverstand des behandelnden Arztes

Die Hauptaufgabe des behandelnden Arztes in der Sozialversicherung ist die Belehrung und Beratung seiner versicherten Patienten. Kaum einer von diesen weiß, wann, unter welchen Umständen und nach welchen Gesichtspunkten eine Invalidenrente gewährt wird; von dem Bestehen der Reichsversicherungsordnung ahnt bestimmt niemand etwas. Daher ist ihnen der Begriff „invalide" völlig dunkel, meist wird er mit „Berufsunfähigkeit" verwechselt. Wenn hier der behandelnde Arzt von vornherein auf Grund seiner Kenntnisse in der Sozialversicherung aufklärend wirkt, kann viel Unheil vermieden werden. Gewöhnlich stellten die Patienten den Antrag, nachdem der behandelnde Arzt sie für invalide gehalten hatte, oder der Arzt stellte durch ein Attest, das nur Diagnose und Feststellung der Invalidität enthielt, selbst für sie den Antrag. Die Patienten waren nun von ihrem Anrecht auf die Rente überzeugt und konnten es nicht verstehen, daß ihr Zustand noch von einem anderen Arzt begutachtet werden sollte. Für das Invalidisierungsverfahren besaßen diese kurzen Bescheinigungen aber fast keinen Wert, da ein Befund fehlte, und jedes andere Gutachten ihnen daher vorgezogen wurde. Bei den Bewerbern werden Begehrungsvorstellungen nur zu leicht geweckt. Verneint der Distriktsarzt die Frage nach der Invalidität, so wird der Antragsteller sich immer auf den behandelnden Arzt berufen, und der Rentenkampf beginnt. Hat er auch hierbei noch die Unterstützung seines Arztes, wie es leider manchmal vorgekommen ist, so ist eine Rentenneurose wohl die unausbleibliche Folge.

Im Jahre 1931 wurden 17 Anträge von behandelnden Ärzten gestellt, von denen zwei abgelehnt wurden, da es sich um rein funktionelle Störungen handelte, die nach dem Spruchgebaren des Reichsversicherungsamtes bei Schätzung der Erwerbsminderung außer Betracht bleiben.*) 1935 wurden von zwölf Anträgen vier abgelehnt und 1937 von sechs gestellten einer. Als Gründe dafür ergaben sich in drei Fällen für die Invalidisierung noch nicht ausreichende Befunde, und in zwei Fällen aggravierten die Rentenbewerber. In drei der obigen Fälle, die zur Gewährung der Rente führten, erwies sich im Laufe der Begutachtung die

*) In einer Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 30. September 1928 heißt es: „Wer nur an einer nervösen Schwäche, die sich als Hysterie, verbunden mit hochgradiger Willensschwäche, darstellt, leidet, kann bei diesem Befund als invalid nur dann angesehen werden, wenn er sich nicht bewußt ist, daß seine Krankheitsdarstellung ihren Grund nicht in seinem körperlichen Zustand, sondern lediglich in seinen wunschbedingten Vorstellungen hat, und er infolge dieser von seinem bewußten Willen unabhängigen Hemmungen nicht imstande ist, das erforderliche Drittel zu verdienen. Weiß er aber, daß seine Hemmungen nicht körperlicher Art sind, sondern nur in Vorstellungen und Wünschen ihren Grund haben, so handelt es sich nicht um einen Mangel an Fähigkeit, sondern am Willen zur Arbeit; invalide ist er in diesem Falle nicht."

angegebene Diagnose als unzutreffend. Bei allen diesen Fällen fiel es auf, daß die betreffenden in wirtschaftlich sehr ungünstigen Verhältnissen lebten, und daß der behandelnde Arzt sich dadurch bis zu einem gewissen Grade beeindrucken ließ; demgegenüber muß aber festgestellt werden, daß nur ein ausreichender objektiver Befund einen Antrag auf Invalidenrente rechtfertigt, bei anderen Gesichtspunkten muß es der Fürsorgebehörde überlassen bleiben, helfend einzugreifen.

Nachdem Invalidität vom Distriktsarzt nicht angenommen worden war, wurde in sechs Fällen ein Gutachten des behandelnden Arztes eingeholt, der das Verfahren eingeleitet hatte. Nur in einem Falle verneinte auch er jetzt die Frage nach der Invalidität, worauf die Berufung des Antragstellers zurückgewiesen wurde. In zwei Fällen konnte der behandelnde Arzt nicht mit Sicherheit entscheiden, ob Invalidität vorlag, es wurde empfohlen, noch ein fachärztliches Gutachten einzuholen. Auch in diesen beiden Fällen wurde die Berufung zurückgewiesen, da beamteter Arzt und Facharzt das Vorliegen einer Invalidität verneinten. In den übrigen drei Fällen nahmen die behandelnden Ärzte Invalidität an, davon wurde in einem Falle die Erwerbsminderung auf 100% geschätzt. In diesem und noch einem anderen Fall wurde die Berufung auch wieder verworfen, da nach Ansicht der Nachgutachter Invalidität nicht vorlag. Nur der Dritte hatte mit der Berufung Erfolg, da der behandelnde Arzt durch Röntgenaufnahmen nachweisen konnte, daß die Natur des Leidens schwerer war, als der Vorgutachter angenommen hatte. Diese Daten ergeben, daß die behandelnden Ärzte allgemein zu milde urteilen, und durch Atteste manchmal direkt Schaden anrichten. Als aufschlußreiches Beispiel sei hier ein Fall angeführt, der 1938 von dem Obermedizinalrat Dr. Koopmann, begutachtet wurde: Die beiden behandelnden Ärzte eines 64½ Jahre alten Mannes hatten ihn wegen Erschöpfungszustandes arbeitsunfähig geschrieben und einen Antrag auf Pensionierung veranlaßt. Er stellte nun auch einen Antrag auf Invalidenrente in dem Glauben, „berufsunfähig" und „invalide" seien identische Begriffe. Als Grund gab er Nerven-, Gallen- und Leberleiden an. Der Distriktsarzt kam zu dem Urteil „nicht invalide", und der Antrag wurde abgelehnt. Gegen diesen Bescheid legte er Berufung ein, unter Hinweis auf die Beurteilung der Invaliditätsfrage durch einen der behandelnden Ärzte. Dieser stellte ihm ein Zeugnis aus, in dem eine Erwerbsminderung von 70% wegen vorzeitigem Kräfteverfall angegeben wurde. Der andere behandelnde Arzt schrieb, der Grad der Herabsetzung der Erwerbsfähigkeit sei nur durch einen Internisten feststellbar. Hierauf fand die Untersuchung durch den beamteten Arzt statt. Dabei stellte sich heraus, daß ein Nerven-, Gallen- oder Leberleiden nicht vorlag; der Untersuchte litt hauptsächlich an Entkräftung, an Lungenemphysem mit Vergrößerung des Herzens nach rechts, an Arthrose der Kniegelenke mit Erguß im rechten Kniegelenk und Lockerung des rechten Kniegelenk-Bandapparates und an Pityriasis versicolor. Außerdem hing der linke Mundwinkel etwas, obwohl beide Gesichtsseiten gleich gut innerviert wurden. Es wurde demnach eine Erwerbsminderung von mindestens 60% angenommen, er war also nicht mehr fähig, seinen bisherigen Beruf weiter auszuüben, wohl war er aber noch imstande, leichtere Arbeiten im Sitzen zu verrichten. Deshalb konnte er noch nicht als invalide angesehen

werden. Vor der Untersuchung wurde er über den Begriff „Invalidität" aufgeklärt und verhielt sich durchaus einsichtig. Wäre diese Belehrung bereits durch den behandelnden Arzt erfolgt, so hätte er vielleicht den Antrag gar nicht erst gestellt, sicher wäre das Verfahren aber mit dem Entscheid des Distriktsarztes beendet gewesen. Durch die ärztlichen Zeugnisse wurde er aber geradezu dazu verführt, auf seinem vermeintlichen Recht zu bestehen und um seine Rente zu kämpfen. Es zeigt sich immer wieder, daß solche Zeugnisse einen sehr gefährlichen Charakter haben. Zur Untersuchungstechnik sei noch bemerkt, daß der Erguß im Kniegelenk, die Pityriasis und das Hängen des Mundwinkels von den Vorgutachtern nicht beachtet worden waren, obwohl solche Erscheinungen für die Begutachtung doch nicht unwichtig sind. Bei diesem ist auch unverständlich, warum der eine behandelnde Arzt internistischen Beistand erbat. Diese Bitte kann nur mit mangelndem ärztlichen Können erklärt werden. Das angeführte Beispiel beweist, wie wichtig die Aufklärung der Patienten über sozialmedizinische Begriffe durch den behandelnden Arzt, und daß größte Vorsicht bei Ausstellung derartiger Zeugnisse durch behandelnde Ärzte notwendig ist.

2. Sachverstand der Distriktsärzte

Die erste Untersuchung zur Begutachtung des Antragstellers fällt dem Distriktsarzt zu, bei komplizierten Fällen wurde anschließend das Gutachten eines Facharztes angefordert, oder ein weiterer Distriktsarzt noch zu dem betreffenden Fall gehört. Wird der Antragsteller für „vorübergehend invalide" angesehen, so ruht der Antrag bis nach Ablauf der 26. Krankheitswoche. Es findet dann erneute Untersuchung statt, bei deren günstigem Ausgang die Rentenleistungen mit Ablauf des Krankengeldes einsetzen. Bei „dauernder Invalidität" dagegen setzen die Leistungen vom Tage des Eintritt der Invalidität ab ein. Nach der Reichsversicherungsordnung ist jemand als dauernd invalide anzusehen, wenn die Invalidität voraussichtlich nicht innerhalb von zwei Jahren beseitigt werden kann. Man konnte aber gelegentlich in Gutachten lesen, daß ein Antragsteller für vorübergehend invalide gehalten wurde, während mit dem Fortfall der Invalidität nach zwei, oder gar erst nach drei Jahren gerechnet werden konnte. Lediglich die Vertrauensärzte der Landesversicherungsanstalt pflegten in solchen Fällen „versicherungsrechtlich dauernd invalide" zu schreiben.

Die Gutachten der Distriktsärzte waren im allgemeinen recht kurz gehalten; manchmal fehlten Einzelheiten, die für die Beurteilung von Wichtigkeit waren. Die Familienanamnese war nur in den seltensten Fällen angegeben, meist stellte es sich später heraus, daß Verwandte des Bewerbers geistig gebrechlich waren. Auch wichtige, früher durchgemachte Krankheiten wurden oft nicht erwähnt, besonders wenn es sich um Geschlechtskrankheiten handelte. Der Befund beschränkte sich in der Hauptsache auf die Organe, über die Klagen geäußert wurden. Die übrigen Organe wurden nur kurz nebenbei erwähnt. Später wurden aber in einigen Fällen auch an ihnen krankhafte Veränderungen festgestellt. So wurde zweimal eine offene Lungentuberkulose vom Distriktsarzt übersehen, Vergrößerungen der Schilddrüse wurden oft nicht er-

wähnt und eine Spondylitis deformans nur als „rheumatische Beschwerden" gewertet. Das im vorigen Abschnitt angeführte Beispiel demonstriert auch diesen Sachverhalt. Bei Umfangsdifferenzen an den Extremitäten fehlten oft genaue Maße. Man begnügte sich mit der Feststellung, daß eine Extremität deutlich dünner sei als die andere. Dem Nachgutachter wurde dadurch die Feststellung erschwert, ob eine Besserung eingetreten sei, da er auf das Gutachten des Distriktsarztes nicht zurückgreifen konnte. Um solche Mängel zu vermeiden, muß der Distriktsarzt in jedem Falle einen vollständigen und genauen Allgemeinbefund aufnehmen. Dazu gehört auch die Untersuchung des psychischen Verhaltens des Antragstellers. Meist wurde hierüber angegeben „Angaben glaubwürdig", oder „im allgemeinen glaubwürdig". Bei weiterer Begutachtung stellte es sich aber doch recht häufig heraus, daß der Bewerber zu Übertreibungen neigte und seine Beschwerden überwertete. Es wurde Aggravation von beamteten Ärzten und Fachärzten bedeutend häufiger festgestellt, als von den Distriktsärzten. Die Untersuchung durch den Distriktsarzt führte in meinem Material in 67% der Fälle zur Invalidisierung der Bewerber. Es handelte sich meist um Antragsteller jenseits des 50. Lebensjahres mit eindeutigem Befund.

Ferner fiel die große Zahl der Untersuchungen im Jahre 1931 gegenüber dem Jahre 1935 auf. Weitaus die größte Zahl der Antragsteller wurde im Jahre 1931 von zwei Distriktsärzten untersucht, bei nicht völliger Übereinstimmung wurde dann noch ein drittes, manchmal sogar noch ein viertes Gutachten angefordert. Dabei sind die Begutachtungen bei vorübergehender Invalidität nach Ablauf der 26. Krankheitswoche nicht mitgerechnet. Nur in einigen wenigen, völlig klarliegenden Fällen wurde dem Antragsteller der Bescheid bereits nach der ersten Untersuchung zugestellt. Diese Fälle gehörten aber durchaus zu den Ausnahmen. Dagegen begnügte man sich im Jahre 1935 in den meisten Fällen mit einer Untersuchung. Nur einige Male, in denen der Distriktsarzt selbst eine Untersuchung durch einen Facharzt für angezeigt hielt, mußte sich der Antragsteller zu einer zweiten Untersuchung stellen. Hier war die zweite Untersuchung die Ausnahme, eine dritte kam überhaupt nicht vor. In manchen Fällen kamen die verschiedenen Gutachter bei gleichem Befund zu einem verschiedenen Urteil über den Zustand des Antragstellers. Während also der Vorgutachter bei einem Rentenbewerber Invalidität angenommen hatte, verneinte der nächste Gutachter bei gleichem Befund die Frage nach dem Vorliegen einer Invalidität. Der Verschiedenheit dieser Auffassungen kann aber nicht beigestimmt werden. Im Interesse einer einheitlichen Begutachtung muß sich der Gutachter der Auffassung des Vorgutachters anschließen, es sei denn, daß er ihm Irrtümer nachweisen kann. Nur auf diese Weise kann eine einheitliche Begutachtung gewährleistet, und das Vertrauen der Versicherten zur Sozialversicherung und ihrer Ärzteschaft aufrechterhalten werden. Natürlich wurde 1931 das für die Landesversicherungsanstalt günstigere Gutachten dem Bescheid zugrunde gelegt. Dadurch fühlten sich die Antragsteller benachteiligt, das Vertrauen zu den Ärzten und zur Landesversicherungsanstalt sank, und 36 Antragsteller legten gegen den Bescheid Berufung ein. Die Landesversicherungsanstalt verfügte nur über geringe Mittel, der Invaliditätsbegriff wurde sehr scharf

ausgelegt, und man wollte durch wiederholte Begutachtung erreichen, daß möglichst wenige Antragsteller in den Genuß der Rente kamen. Dagegen hat sich das Bild 1935 grundlegend geändert. Die Landesversicherungsanstalt verfügte über ausreichende Mittel, der Invaliditätsbegriff wurde großzügiger ausgelegt, und durch zahlreichere Gewährung von Heilverfahren wurde der Zeitpunkt der Invalidität hinausgeschoben. Es wurden im Anschluß an den Antrag elf Heilverfahren durchgeführt, denen 1931 nur drei gegenüberstanden.

Das Wohlfahrtsamt unterstützte 1931 54 Bewerber, für die es in elf Fällen selbst den Antrag auf Einleitung des Rentenverfahrens stellte. Im Jahre 1935 benutzte die Fürsorgebehörde die Bereitwilligkeit der Landesversicherungsanstalt, um sich zu entlasten. Es wurden 56 Antragsteller unterstützt, für die in 27 Fällen der Antrag durch die Fürsorgebehörde gestellt wurde, in mindestens sechs weiteren Fällen wurden die betreffenden — wie aus den Akten ersichtlich — stark zum Antrag getrieben. Hieraus ergaben sich Unzuträglichkeiten. In manchen Fällen hielt sich der Betreffende im Grunde noch gar nicht für arbeitsunfähig, durch die Hinweise und Vorstellungen der Fürsorgebehörde aber wurden in ihm Hoffnungen geweckt, und er hielt sich nun für invalide. Reichte der durch den Distriktsarzt erhobene Befund zur Invalidisierung aber nicht aus, so entwickelte sich aus dem Bewerber ein zielbewußter Rentenkämpfer. Die ablehnenden Bescheide waren daher 1935 häufiger, und die 51 Fälle, in denen Berufung eingelegt wurde, sind zum großen Teil aus dem oben gesagten zu erklären. Die Fürsorgebehörde hatte hier einen sehr gefährlichen Weg eingeschlagen. In manchen Fällen hatte man beim Aktenstudium den Eindruck, daß der Antrag vorwiegend aus wirtschaftlichen Gründen gestellt worden war, und daß die betreffenden sich dann erst auf ihre Leiden besannen, die sich im Laufe der Begutachtung in einigen Fällen noch verschlimmerten. Die Gutachter stellten in vielen Fällen funktionelle Störungen und psychopathisches Verhalten fest, und kamen zu dem Schluß, daß die Leiden nur durch Zuweisung einer regelmäßigen Arbeit zu bessern seien. Doch gerade diese Zuweisung war damals nur zu einem geringen Teil möglich. Die Distriktsärzte stellten im Jahre 1935 Aggravation auch häufiger fest als 1931. Hierbei fiel auf, daß in den meisten dieser Fälle bei konstitutioneller Minderwertigkeit die Antragsteller weder aktiv gedient hatten, noch Kriegsteilnehmer waren. Dagegen fanden sich staatlich angestellte Arbeiter mit Aussicht auf Ruhelohn kaum darunter. Besonders früher erlittene Unfälle wurden gern als Ursache für die verschiedensten Leiden angeführt, die aber ärztlicherseits nicht als Unfallfolgen angesehen werden konnten, sondern als funktionelle Störungen und Neurosen gedeutet wurden. Die Antragsteller konnten aber den Grund der Rentenverweigerung nicht einsehen, und es entspann sich in manchen Fällen ein Kampf um die Rente, den die Fürsorgebehörde in die Wege geleitet hatte.

3. Sachverstand der Obergutachter

In 18% meines Materials führte Begutachtung durch Obergutachter zur Invalidisierung. Davon entfielen 10% auf Begutachtung durch be-

amtete Ärzte, und 8% auf Begutachtung durch Fachärzte. Im allgemeinen waren die Gutachten der beamteten Ärzte ausführlicher als die der Distriktsärzte. Der Befund wich meist in wesentlichen Punkten von dem des Distriktsarztes ab. Doch kamen auch recht knapp abgefaßte Gutachten vor, die nur auf die Beschwerden der Antragsteller eingingen. Besonders wenn die Begutachtung während der Verhandlung im Oberversicherungsamt stattgefunden hatte, wurde der Befund auf die wichtigsten Symptome beschränkt und im übrigen auf das Gutachten des Distriktsarztes verwiesen. Vereinzelt kam es auch vor, daß der erhobene Befund kaum niedergelegt, sondern auf das Vorgutachten verwiesen wurde. Trotzdem wurde das Leiden völlig anders beurteilt. Diese Fälle bildeten aber die Ausnahme. In den Fällen, die zur Invalidisierung führten, standen meist ältere Bewerber zur Begutachtung, und die beamteten Ärzte belegten ihr von dem Vorgutachter abweichendes Urteil durch neue Tatsachen im Befund. Dabei fiel auf, daß die Beurteilung der Invaliditätsfrage durch die beamteten Ärzte nach bedeutend einheitlicheren Gesichtspunkten erfolgte, als bei den Distriktsärzten. Die Fachärzte wurden bei komplizierteren Krankheitsbildern zur Begutachtung herangezogen, besonders wenn die Art des Leidens durch feinere Untersuchungsmethoden geklärt werden mußte. Ihre Gutachten waren, was die Anamnese und den spezialärztlichen Befund anbetrifft, stets hinreichend ausführlich, doch wurde in manchen Fällen der Allgemeinbefund vernachlässigt; in wenigen Fällen mußte zur endgültigen Klärung der Invaliditätsfrage deshalb noch ein weiterer Gutachter herangezogen werden. Einmal wurde ein bis dahin übersehenes Carcinom der Wangenschleimhaut bei einem Antragsteller diagnostiziert. Durch die Fachärzte wurden meist Bewerber in mittlerem Lebensalter begutachtet. Die Beurteilung der Invaliditätsfrage durch die Fachärzte zeigte weitgehende Annäherung an den Standpunkt der beamteten Ärzte. In einem Falle entschied das Oberversicherungsamt zu Gunsten des Klägers entgegen der Auffassung aller Gutachter. Es handelte sich um einen 55jährigen Staatsarbeiter, der pensioniert worden war, aber nur durch Leiden mäßigen Grades behindert wurde, so daß ihm von den Gutachtern nur 40—50% Erwerbsminderung zugebilligt wurden. Dagegen stellte sich das Oberversicherungsamt auf den Standpunkt, daß ein Männlein von 145 cm Größe und 48 kg Gewicht mit Kleidung, sich mit seinen mehr als bescheidenen Kräften unmöglich im freien Wettbewerb auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt durchsetzen könne, wenn er auch möglicherweise im Staatsdienst in seiner bisherigen Tätigkeit noch eine Zeit lang hätte tätig sein können.

Im Jahre 1931 wurden von 36 eingelegten Berufungen 15 zurückgewiesen, in neun Fällen wurde die Landesversicherungsanstalt verurteilt, eine Rente zu zahlen, und in zwölf Fällen schlossen die Parteien einen Vergleich. Im Jahre 1935 war das Bild auch hier völlig anders. Von den 51 Berufungen wurden 35 zurückgewiesen. Viermal wurde dem Kläger eine Rente zugebilligt und in elf Fällen kam es zu einem Vergleich der Parteien; einmal endete das Verfahren durch den Tod des Antragstellers. In den meisten Berufungsfällen war dem Antragsteller eine Rente wegen vorübergehender Invalidität für eine zurückliegende Zeit zugebilligt,

nicht aber für die Zukunft, da er nicht mehr als invalide angesehen werden konnte, besonders dann nicht, – wie es 1935 mehrmals vorkam, – wenn er inzwischen ein Heilverfahren mit befriedigendem Erfolg durchgemacht hatte. Die Berufung wurde hierbei meist damit begründet, daß der Bewerber wegen seines Leidens seinen Beruf nicht mehr ausüben könne. Man sieht daraus, wie wichtig die Aufklärung des Bewerbers über den Invaliditätsbegriff ist. Die beamteten Ärzte verneinten in fast allen diesen Fällen das Vorliegen einer Invalidität. Auch das Oberversicherungsamt hat diesen Grund nur einmal anerkannt. Es entschied dahin, daß ein gelernter Facharbeiter nicht als Bote, Parkwächter, Portier, Aufseher, Toilettenwärter usw. beschäftigt werden dürfe, solche Arbeiten könnten ihm nicht zugemutet werden. Dieses Urteil wurde aber vom Reichsversicherungsamt als rechtswidrig aufgehoben, da es nach der Reichsversicherungsordnung nur darauf ankommt, ob der Antragsteller das Lohndrittel noch verdienen kann oder nicht. Dabei kommen alle Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in Frage. Es ist auch nicht zu berücksichtigen, ob der Bewerber in dem neuen Beruf Anstellung findet. Die Invalidenversicherung versichert lediglich die Arbeitskraft. Die Frage, ob der Versicherte sie gegenwärtig auch verwerten kann, darf die Entscheidungen nicht beeinflussen. In anderen Fällen, die zur Ablehnung führten, wurden die Leiden der Bewerber auf psychische Störungen zurückgeführt, die im Sinne eines Rentenbegehrens zu deuten seien. Von den Obergutachtern wurde häufig Aggravation beobachtet, bei Männern ebenso häufig wie bei Frauen. Besonders groß war der Anteil der Frauen während des Klimakteriums. In den meisten Fällen, in denen die Berufung Erfolg hatte, waren die Obergutachter auf Grund eines abweichenden Befundes auch zu einer anderen Beurteilung gelangt als die Vorgutachter. Das Leiden der Antragsteller erwies sich weit ernsterer Natur, und das Urteil der Distriktsärzte konnte daher nicht mehr aufrechterhalten werden. In wenigen anderen Fällen kamen die Obergutachter bei gleichem Befund zu einem abweichenden Urteil von dem des Distriktsarztes. Es handelte sich hierbei meist um Grenzfälle. Das Oberversicherungsamt trat meist der Auffassung der beamteten Ärzte bei. Andererseits wurde in ganz ähnlich gelagerten Fällen Invalidität vom beamteten Arzt verneint und durch das Oberversicherungsamt ein ablehnender Entscheid gefällt. Es zeigt sich hier deutlich die Wichtigkeit der Forderung, daß ein Gutachter nur dann einen Fall anders beurteilen darf als der Vorgutachter, wenn er ihm Irrtümer nachweist. Sonst würden gerade die Grenzfälle Objekte dauernder Begutachtungen und sich widerstreitender Meinungen werden, bei denen eine einheitliche Auffassung ausgeschlossen wäre. Ein Vergleich der Parteien kam meist dann zustande, wenn zur Zeit der Antragstellung Invalidität noch nicht vorlag, die Leiden des Bewerbers sich aber während des Verfahrens verschlimmert hatten, so daß die Gutachter nun die Frage nach der Invalidität bejahten. Dabei ergab sich oft die Schwierigkeit, den Zeitpunkt anzugeben, wann die Invalidität wahrscheinlich eingetreten sei. Man suchte daher durch einen Vergleich einen Ausweg zu schaffen. In drei Fällen nahmen die Kläger den Vergleichsvorschlag aber nicht an, das Oberversicherungsamt entschied hier im Sinne des Vergleichsvorschlages der Landesversicherungsanstalt.

In einigen anderen Fällen mußte sich die Landesversicherungsanstalt auf Grund der Gutachten der Vertrauensärzte des Oberversicherungsamtes und der Ergebnisse der stationären Begutachtung davon überzeugen, daß entgegen der Auffassung der Distriktsärzte doch Invalidität bei den Antragstellern vorlag. In diesen Fällen erbot sich die Landesversicherungsanstalt die Rente antragsgemäß zu zahlen, ohne den Spruch des Oberversicherungsamtes abzuwarten. Diese Vergleiche kamen natürlich immer zustande.

Im Jahre 1931 begnügten sich vier Antragsteller nicht mit dem Spruch des Oberversicherungsamtes, sondern legten Revision beim Reichsversicherungsamt ein. In drei Fällen wurde die Revision verworfen, der vierte endete bei erneuter Verhandlung vor dem Oberversicherungsamt mit einem Vergleich. Auch die Landesversicherungsanstalt legte in zwei Fällen Revision ein. Sie wurde einmal abgewiesen, einmal wurde bei erneuter Verhandlung dem Antragsteller wieder eine Rente zugebilligt. Das Jahr 1935 zeigte auch hier ein völlig verändertes Bild. Die Kläger legten in 15 Fällen Revision ein, die in zwölf Fällen verworfen wurde. Bei der erneuten Verhandlung vor dem Oberversicherungsamt kam es in einem Fall zu einem Vergleich zwischen den Parteien, in den beiden übrigen Fällen wurden die Kläger abgewiesen. Gegen dieses Urteil legte einer von ihnen erneut Revision ein, die aber jetzt verworfen wurde. Die Landesversicherungsanstalt legte nur einmal Revision ein, mußte aber ein ablehnendes Urteil hinnehmen. Diese Zahlen veranschaulichen ganz deutlich, mit welcher großen Energie 1935 der Kampf um die Rente von den Bewerbern geführt wurde. Das konnte nur geschehen, weil sie von den behandelnden Ärzten, die die größere Bereitwilligkeit der Landesversicherungsanstalt falsch auslegten, oder von der Fürsorgebehörde, die sich entlasten wollte, dazu ermutigt worden waren. In fast allen zwölf Fällen, in denen die Revision 1935 verworfen wurde, konnte bei den Bewerbern einwandfrei Rentenbegehren und zumindest Aggravation festgestellt werden; in drei Fällen wurde angegeben, daß kein Arbeitswille vorhanden sei. Wiederholte Begutachtung ist solchen Bewerbern direkt schädlich, da ihre Leiden sich erfahrungsgemäß nach jeder Untersuchung verschlimmern. Man sollte daher alles vermeiden, was bei den Antragstellern Rentenbegehren hervorrufen könnte.

Die Gründe, die das Reichsversicherungsamt veranlaßten die Sache zur erneuten Verhandlung an das Oberversicherungsamt zurückzuverweisen, waren folgende. In vier Fällen war die Sachlage durch das Oberversicherungsamt noch nicht genügend geklärt und daher noch nicht für spruchreif erachtet. Davon standen in zwei Fällen die Gutachten in starkem Widerspruch zu den Äußerungen der behandelnden Ärzte. Das Oberversicherungsamt glaubte den ausführlichen Gutachten trotz des Widerspruchs gegenüber den kurzen Bescheinigungen der behandelnden Ärzte den Vorzug geben zu müssen. Das Reichsversicherungsamt erblickte hierin aber einen Mangel in der Sachaufklärung. In dem einen Falle diagnostizierten die Distriktsärzte die Leiden des Bewerbers als Rheuma und Ischias, während der behandelnde Arzt Spondylitis festgestellt hatte. In dem anderen Falle handelte es sich um eine Läh-

mung des rechten N. radialis nach Stichverletzung, Lues wurde negiert, der behandelnde Arzt wies aber auf sehr harte Leistendrüsen hin. Im erneuten Verfahren konnte im ersten Falle an Hand von Röntgenbildern eine Spodylopathia def. der Lenden- und unteren Brustwirbelsäule nachgewiesen werden, während im anderen Fall noch eine Lues des Nervensystems als sehr wahrscheinlich angenommen wurde. Beide Antragsteller wurden nunmehr als invalide angesehen. In einem anderen Falle bestand Widerspruch zwischen den Gutachten des beamteten Arztes und des Facharztes. Während die Diagnose sonst auf statische Beschwerden lautete, führte der Facharzt die Erscheinungen auf Tabes dorsalis zurück, aber auch er hielt den Antragsteller nicht für invalide. Hier beanstandete das Reichsversicherungsamt, daß das gesetzliche Lohndrittel nicht festgestellt worden war, und daß dem Kläger keine neue Tätigkeit angegeben worden war, in der er es verdienen könnte. Außerdem wurde stationäre Begutachtung zur Aufklärung des Widerspruchs vorgeschlagen. Bei den erneuten Untersuchungen konnte der Fall aber nicht geklärt werden, da ein Obergutachter chron. entzündliche Gelenkerkrankungen annahm, während der Krankenhausarzt sich für eine unvollständige Tabes entschied. Beide Gutachter verneinten Invalidität; da außerdem die Tabessymptome nicht zugenommen hatten, wurde der Antrag abgelehnt. In einem anderen Falle erschien die Sachlage daher nicht genügend geklärt, weil zwar viele verschiedenartige Krankheiten diagnostiziert worden waren, welche die Antragstellerin behinderten, aber das nur wenig in Erscheinung tretende Unterleibsleiden nicht genügend beachtet worden war, das früher zur Uterusexstirpation wegen Carcinom geführt hatte. Hier brachte aber auch die erneute Untersuchung keinen neuen Befund, so daß die Berufung erneut zurückgewiesen werden mußte. Diese Urteile ergeben, daß jeder Gutachter einen genauen Allgemeinbefund aufnehmen muß, in dem alle Leiden des Bewerbers hinreichend berücksichtigt sein müssen, und daß die Gutachter sich mit dem Vorgutachten und mit den Angaben der behandelnden Ärzte auseinandersetzen müssen. Es werden dann die langwierigen und unerfreulichen Revisionsfälle auf ein Mindestmaß beschränkt werden können.

4. Sachverstand bei stationärer Beobachtung

In neun Prozent meines Aktenmaterials führte stationäre Beobachtung zur Invalidisierung des Bewerbers. Außerdem befanden sich sechs Prozent der Bewerber zu Beginn des Verfahrens in Krankenhausbehandlung, es fand daher einfachheitshalber gleich zu Beginn des Verfahrens Begutachtung durch den Krankenhausarzt statt. Diese Fälle waren ganz eindeutig, sie führten zur Invalidisierung, und sollen hier nicht weiter erörtert werden. In den übrigen Fällen wurde nach vorheriger Begutachtung durch Distriktsärzte, beamtete Ärzte oder Fachärzte stationäre Begutachtung für notwendig gehalten. Sie wurde im Jahre 1931 in 19, 1935 in neun und 1937 in einem Falle durchgeführt. Es ist also auch hier ein merklicher Rückgang in der Zahl der Untersuchungen zu verzeichnen. Die Beobachtungszeit dauerte im allgemeinen drei Tage, doch kamen 1931 auch längere Fristen — bis zu zehn Tagen — vor. Im Jahre 1931 kam es vor, daß ein Antragsteller sogar mehrmals

stationär begutachtet wurde, ohne daß sich neue Gesichtspunkte greifen ließen. Die Abnahme der Zahl der klinischen Begutachtungen kann man am besten daran erkennen, daß sie 1931 in acht, 1935 nur in einem Fall gleich nach der ersten Begutachtung durch den Distriktsarzt durchgeführt wurde.

Die Gründe, welche die Landesversicherungsanstalt veranlaßten, eine so umständliche und kostspielige Art der Begutachtung vornehmen zu lassen, waren folgende. In den meisten Fällen bestand starker Widerspruch in der Auffassung des beamteten Arztes zur Auffassung des Distrikts- und Facharztes, oder der Facharzt beurteilte den Zustand des Bewerbers wesentlich anders als der Distriktsarzt und beamtete Arzt. Es wurde daher das Urteil einer Autorität eingeholt. In bedeutend geringerer Anzahl der Fälle mußte eine eingehende Funktionsprüfung innerer Organe vorgenommen oder die Art des Leidens durch feine Untersuchungsmethoden geklärt werden. Schließlich wurde einmal stationäre Beobachtung durchgeführt, weil der behandelnde Arzt in seinem vom Oberversicherungsamt angeforderten Gutachten Invalidität nicht eindeutig für erwiesen hielt, obwohl er selbst das Verfahren für den seiner Meinung nach invaliden Bewerber eingeleitet hatte, nun aber zur Klärung der Frage klinische Begutachtung für notwendig erachtete.

Die von den Krankenhausärzten erhobenen Anamnesen und Befunde waren immer vollständig und genau. Sie konnten nicht selten von den Vorgutachtern nicht beachtete Symptome anführen, oder die von den Vorgutachtern beobachteten Erscheinungen auf andere Ursachen zurückführen. In der Beurteilung konnte man aber zwei verschiedene Gruppen unterscheiden. Die Beurteilung der Invaliditätsfrage durch den größten Teil der Krankenhausärzte kam der Auffassung der beamteten Ärzte über Invalidität sehr nahe. Ein kleiner Teil der Krankenhausärzte faßte aber die Lues latens und manchmal auch funktionelle Störungen als erwerbsmindernd auf, und kam daraus in vielen Fällen zu einem weit milderen Urteil. Dieser Auffassung kann aber nicht beigepflichtet werden, da nach dem Spruchgebaren des Reichsversicherungsamtes funktionelle Störungen bei Schätzung der Erwerbsminderung außer Betracht bleiben, und eine symptomlose Lues latens den Bewerber bei seiner Arbeitsleistung nicht behindert.

Die Ergebnisse der stationären Beobachtung ergeben also, daß diese umständliche und kostspielige Art der Begutachtung in vielen Fällen zu umgehen gewesen wäre. Wenn die Gutachter jedesmal einen ausführlichen Befund aufgenommen, wenn sie sich bei abweichender Ansicht mit dem Vorgutachten ausführlich auseinandergesetzt, und wenn sie nur dann ein abweichendes Urteil gefällt hätten, wenn es durch einen anderen Befund gerechtfertigt wäre, dann hätte sich in vielen Fällen die stationäre Beobachtung erübrigt. Man sollte diese Art der Begutachtung nur auf solche Fälle beschränken, in denen die Art des Leidens nur durch feine Untersuchungsmethoden geklärt werden kann. Solche Fälle sind aber nur gering und stellen bei den Begutachtungen Ausnahmen dar.

5. Vergleichende Gegenüberstellung

Die behandelnden Ärzte fassen den Begriff der Invalidität zu milde

auf. Von den Verfahren, die durch sie mit einer Bescheinigung eingeleitet wurden, endeten 20% mit Ablehnung. Im Laufe des Verfahrens über ihre Ansicht befragt, konnten sie in $^2/_3$ der Fälle zu keinem endgültigen Urteil gelangen, oder ihr Urteil erwies sich als zu milde und konnte bei weiterer Begutachtung nicht mehr aufrechterhalten werden. Die Auffassung der Distriktsärzte über den Invaliditätsbegriff zeigte beträchtliche Verschiedenheiten. Es fehlte hier die nötige Einheitlichkeit. Es kam oft vor, daß ein Distriktsarzt Invalidität annahm, während ein anderer ihr Vorliegen bei gleichem Befund verneinte. Die durch sie vorgenommenen Untersuchungen waren in manchen Fällen nicht eingehend genug und mußten später revidiert werden. Gegenüber den behandelnden Ärzten war ihr Standpunkt in der Invaliditätsfrage bedeutend schärfer. Den gutachtlichen Äußerungen der behandelnden Ärzte schlossen sie sich nur in wenigen Fällen an, meist vertraten sie einen schärferen Standpunkt. Am einheitlichsten war die Beurteilung der Invaliditätsfrage durch die Obergutachter. Im allgemeinen untersuchten sie genauer als die Distriktsärzte, und konnten nicht selten einen von den der Distriktsärzte abweichenden Befund erheben. Manchmal fand bei ihnen aber der Allgemeinbefund nicht genügend Beachtung. Auch beachteten sie in einigen Fällen die Angaben der Vorgutachter zu wenig, so daß Fragen offen blieben. Gerade diese Fälle führten in der Hauptsache stationäre Beobachtung herbei, die zu vermeiden gewesen wäre. Wegen ihres einheitlicheren Standpunktes in der Invaliditätsfrage konnten die Obergutachter jedoch in den meisten Fällen die abweichenden Urteile der Distriktsärzte widerlegen und eine ziemlich einheitliche Beurteilung der Bewerber herbeiführen. Die stationäre Beobachtung stellt die eingehendste und genaueste, aber auch die kostspieligste und umständlichste Art der Begutachtung dar. Sie wird zu oft durchgeführt, man sollte sie auf die wirklich notwendigen Fälle beschränken. Meist kann auf sie verzichtet werden. Die Auffassung der Krankenhausärzte über den Invaliditätsbegriff kam der der Obergutachter am nächsten. Jedoch war die Einheitlichkeit in der Auffassung bei ihnen geringer. Ein Teil von ihnen zeigte eine zu milde Auffassung!

II. Gebrechen, die Invalidität bedingen.

Es sollen in diesem Abschnitt nur Leiden Berücksichtigung finden, auf Grund deren eine Invalidenrente gewährt wurde. Dagegen müssen Krankheiten im Sinne der Reichsversicherungsordnung außer acht bleiben, also Krankheiten, die mit Arbeitsunfähigkeit verbunden waren, aber nicht ununterbrochen 26 Wochen gedauert haben. Dauert dagegen eine Krankheit über die 26. Woche hinaus an, und ist der Versicherte durch sie um mehr als $66^2/_3$ % erwerbsbeschränkt, so hat er Anspruch auf Invalidenrente an dem, dem Ablauf des Krankengeldes folgenden Tage, wenn die Krankheit voraussichtlich innerhalb der nächsten zwei Jahre ausgeheilt werden kann, so daß dann die Erwerbsfähigkeit wieder über $33^1/_3$% liegt. Der Versicherte ist in diesem Fall als „vorübergehend invalide" anzusehen. Ist dagegen eine Heilung innerhalb der nächsten zwei Jahre nicht zu erwarten, so ist der Versicherte als „dauernd invalide" anzusehen. Er hat dann Anspruch auf Invalidenrente mit dem Tage des Eintritts der Invalidität.

In den meisten Fällen besteht bei den Antragstellern außer dem Hauptleiden noch ein oder mehrere Nebenleiden, die schon an sich oder durch Gewöhnung an sie eine Erwerbsminderung nicht bedingen. Hier sollen nur solche Gebrechen behandelt werden, die allein oder in Verbindung mit anderen Leiden Invalidität herbeigeführt haben. Ich lasse eine Übersicht folgen, die über die Häufigkeit der einzelnen Gebrechen bei der Rentenfestsetzung im Jahre 1935 Auskunft gibt. Die in der Spalte 2 aufgeführten 61 Krankheitsbezeichnungen sind nach Mitteilungen des Dtsch. Ärztebl. Nr. 18 (1937) vom Reichsversicherungsamt unter Mitwirkung des Reichsgesundheitsamtes zunächst als Ursachen für die Gewährung eigentlicher Invaliditätsrenten in Anlehnung an das amtliche Todesursachenverzeichnis festgelegt worden.

1. Herz

Hier ist zuerst die organische Herzmuskelschädigung zu nennen. In den Fällen, in denen Cyanose und Oedeme bestanden, führte sie ohne weiteres zur Invalidisierung. Es bestand in diesen Fällen auch immer starke Fettleibigkeit und Emphysem. Waren die Oedeme unter Digitaliswirkung geschwunden, bestand aber noch erhebliches Emphysem, so wurde auch hier von allen Gutachtern dauernde Invalidität angenommen. Die Antragsteller wurden bereits beim Ausziehen kurzluftig und litten meistens noch an Arthrosis deformans oder an Rheumatismus. War das Emphysem noch nicht so sehr erheblich, so wurde wegen bestehender Arthrosis deformans der Gelenke die Rente gewährt; die meisten Gutachter nahmen dauernde Invalidität an, nur einige wenige Distriktsärzte glaubten an Heilung innerhalb von einem halben bis einem Jahr, die aber in keinem Falle eintrat. Bei Herzklappenfehlern mit Cyanose und Emphysem verneinten die Distriktsärzte Invalidität, dagegen nahmen beamtete Ärzte, behandelnde Ärzte und Krankenhausärzte dauernde Invalidität an. Bei Arteriosklerose wurde von den behandelnden Ärzten und den beamteten Ärzten dauernde Invalidität angenommen, wenn nach Apoplexie Hemiparese bestand, und der systolische Blutdruck weiterhin nicht von den hohen Werten absank; die

Die Ursachen der Rentengewährung bei Zugang von Invalidenrenten im Jahre 1935

Kennziffer	Ursache der Rentengewährung	Nummer des amtlichen Todesursachenverzeichnisses	Männer: Zahl der Renten	Männer: Durchschnittsalter	Frauen: Zahl der Renten	Frauen: Durchschnittsalter
1	Tuberkulose der Atmungsorgane	I 23	7058	41,0	3057	35,2
1	Tuberkulose der Knochen und Gelenke einschl. Wirbelsäule	I 26/27	460	41,7	246	41,6
3	Tuberkulose der Haut und des Unterhautzellgewebes	I 28	53	46,9	45	47,4
4	Sonstige Tuberkulose	I 24, 25, 29—32	245	41,4	138	36,1
10	Syphilis	I 34	461	50,4	239	47,9
11	Gonorrhöe und andere Geschlechtskrankheiten	I 35	39	47,9	25	40,6
12	Andere Infektions- oder parasitäre Krankheiten	I 1—22, 33, 36—44	161	46,4	64	45,2
20	Krebs- und andere bösartige Neubildungen	II 45—53	2809	55,3	2088	51,5
21	Andere Neubildungen	II 54, 55	186	50,4	144	47,4
22	Zuckerkrankheit	III 59	670	53,2	485	54,6
23	Krankheiten der Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	III 66	187	49,6	550	50,2
24	Andere allgemeine Krankheiten (außer 23—III 56, 57 und 24—III 58)	III 60—65, 67—69	928	53,9	1211	52,8
25	Akuter und chronischer Gelenkrheumatismus	III 56—57	4826	57,0	2727	54,6
26	Gicht	III 58	255	58,4	215	57,2
27	Muskelrheumatismus	XIII 156[1]	435	57,4	155	57,5
28	Andere Krankheiten der Bewegungsorgane	XIII 154, 155, 156[2]	2987	53,5	1341	52,0
30	Progressive perniziöse Anämie	IV 71a	214	53,8	191	49,9
31	Leukämien und Aleukämien	IV 72	104	50,1	52	47,4
32	Andere Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	IV 70, 71b, 73, 74	210	50,4	215	49,6
33	Akuter und chronischer Alkoholismus	V 75	111	52,3	5	61,6
34	Andere chronische Vergiftungen	V 76, 77	24	53,5	7	48,6
40	Tabes dorsalis	VI 80	491	51,0	175	48,9
41	Gehirnschlag und Lähmungen ohne nähere Angaben	VI 82	1092	54,8	475	52,5
42	Progressive Paralyse	VI 83	511	46,0	171	44,7
43	Schizophrenie und andere Geisteskrankheiten	VI 84	1965	41,5	2177	40,7
44	Epilepsie	VI 85	690	43,3	323	39,3
45	Neuritis	VI 87b	325	52,0	126	52,2
46	Multiple Sklerose	VI 87d	485	42,4	206	41,2
47	Hysterie, Migräne, Neurasthenie, Psychasthenie	VI 87e[1]	703	51,1	739	49,3
48	Andere Krankheiten des Nervensystems	VI 78, 79, 81, 86, 87a, e, e[2]	1396	49,9	676	47,3
50	Augenkrankheiten	VI 88	1536	52,7	891	51,7
51	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	VI 89	518	54,7	237	52,0
60	Chronische Herzklappenentzündung und Herzklappenfehler	VII 92	1372	51,5	1199	49,0
61	Herzmuskelkrankheiten	VII 93	6819	58,6	5025	58,0
62	Andere Herzkrankheiten	VII 90, 91 94, 95	1089	56,7	1391	55,1
63	Arterienverkalkung	VII 97	11044	60,7	4757	61,0
64	Andere Krankheiten der Arterien	VII 96, 98, 99	656	57,5	301	56,5
65	Krankheiten der Venen	VII 100	589	55,9	640	54,7
66	Selbständige Störungen des Blutdrucks	VII 102	1446	59,9	1229	58,4
67	Andere Krankheiten der Kreislauforgane	VII 101, 103	398	56,6	193	55,0
70	Bronchitis, Lungenasthma, Lungenemphysem	VIII 106, 112, 113	6307	56,8	1386	55,6
71	Andere Krankheiten der Atmungsorgane	VIII 104, 105, 107 bis 111, 114	1009	52,8	164	50,8
72	Zahnleiden	IX 115[1]	18	52,9	8	52,8
73	Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür	IX 117	1849	50,9	421	50,6
74	Eingeweidebrüche	IX 122a	235	56,7	104	55,9
75	Krankheiten der Gallenblase und der Gallenwege	IX 126, 127	291	54,0	445	54,7
76	Andere Krankheiten der Verdauungsorgane	IX 115[2], 116, 118 bis 121, 122b, 125, 128, 129	1241	53,1	523	51,7
80	Nierenentzündung ausschließlich Schrumpfniere	X 130, 131[1], 132	801	47,6	429	47,3
81	Schrumpfniere	X 131[2]	281	53,7	184	54,2
82	Krankheiten der Vorsteherdrüse	X 137	243	60,0	—	—
83	Nichtvenerische Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane	X 139	—	—	353	47,1
84	Andere Krankheiten der Harn-, und Geschlechtsorgane	X 133—136, 138	420	52,5	228	45,3
85	Krankheiten der Schwangerschaft, Entbindung und des Wochenbettes	XI 140—150	—	—	40	38,1
86	Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	XII 151—153	350	52,1	251	50,5
87	Altersschwäche	XVI 162	6329	61,5	3895	61,9
90	Verunglückung durch Brand, Verbrühen, Verätzen, Strahlenschädigung	XVII 180, 181	210	47,0	41	43,6
91	Verunglückung durch stechende oder schneidende Instrumente und durch Maschinen	XVII 185	308	46,8	38	46,8
92	Verunglückung durch Sturz oder Einsturz	XVII 186 a—d	960	48,8	265	50,5
93	Verunglückung durch Fahrzeuge	XVII e—m	593	45,2	89	44,4
94	Andere gewaltsame Einwirkungen	XIV 163—179 182—184, 187—198	1019	46,7	49	44,8
95	Andere und unbestimmte Ursachen	XV 157—161, 199, XVIII 200	819	52,6	594	50,5
98	Ursachen der Rentengewährung einer Krankheit =		79831	54,1	43638	52,7
99	Erreichung der Altersgrenze =		62547	65,1	19208	65,1
			142378	58,9	62846	56,5

(Aus: Dtsch. Ärztebl. 18, 1937)

meisten Distriktsärzte nahmen Heilung innerhalb eines Jahres an, die aber in keinem Falle eintrat. Wenn bei Arteriosklerose mit erhöhtem Blutdruck sich Zeichen von Herzschwäche bemerkbar machten, oder der Antragsteller durch Arthrosis deformans, allgemeine Nervenschwäche oder erhebliche Schwerhörigkeit behindert wurde, so nahmen die beamteten Ärzte dauernde Invalidität an, die Distriktsärzte dagegen verneinten Invalidität oder nahmen vorübergehende Invalidität an, doch besserte sich der Zustand keines Rentenempfängers soweit, daß ihm die Rente entzogen werden konnte. Als Grenzfall wurde ein Zustand von einem beamteten Arzt bezeichnet, bei dem das Herz etwas nach links verbreitert war, paukender 1. Spitzenton und klingender 2. Aortenton festgestellt, der Blutdruck mit 180/100 mm Hg und der Puls mit 108 regelmäßigen Schlägen in der Minute gemessen wurde. Daneben bestand Arthrosis des linken Kniegelenks neben Bäckerbeinen. Bei einem Fall von Aortitis luica bestand Fettleibigkeit, nicht sehr erhebliche Herzmuskelschwäche, auf 180 mm Hg erhöhter systolischer Blutdruck und hühnereigroße Leistenbrüche beiderseits bei einem 49 Jahre alten Mann. Es wurde von allen Gutachtern vorübergehende Invalidität angenommen, da man den Zustand durch eine energische antiluische Kur zu bessern hoffte. Es trat aber später Cyanose der Lippen und starke Kurzluftigkeit ein, so daß dann doch dauernde Invalidität durch den Vertrauensarzt der Landesversicherungsanstalt angenommen wurde.

An dieser Stelle möchte ich auch die Basedowsche Krankheit erwähnen, da bei ihr bei der Begutachtung der Herzbefund besonders auffält. In allen Fällen, die zur Invalidisierung führten, betrug der Ruhepuls mehr als 110 Schläge in der Minute, das Herz war verbreitert und es bestand starker Tremor. Es wurde in den meisten Fällen einheitlich vorübergehende Invalidität angenommen. Besserte sich der Herzbefund, so konnte Invalidität nur durch das Vorliegen einer anderen Erkrankung gerechtfertigt werden, wie nervöse klimakterische Beschwerden, Nierenbeckenentzündung oder Altersparkinsonismus.

2. Lunge

Bei den Lungenerkrankungen spielt die Tuberkulose die größte Rolle. Zu ihrer Bekämpfung wendete die Landesversicherungsanstalt 1937 erhebliche Mittel auf, so daß jedem an Tuberkulose Erkrankten ein Heilverfahren gewährt werden konnte. Die Begutachtung fiel daher zumeist den Ärzten der Lungenfürsorgestellen und den Ärzten der Lungenheilstätten zu. Für die Begutachtung ist es wichtig, die mannigfaltigen Formen der Tuberkulose in ein übersichtliches, unmißverständliches System einzuordnen, das eine schnelle Erfassung des Krankheitsbildes ermöglicht. Es wurden zwei Einteilungen vorgenommen, nach dem Schema von Turban—Gerhardt, das über die Ausdehnung, und nach Aschoff—Nicol, das über die Art des Prozesses Auskunft gibt. Ferner ist es wichtig anzugeben, ob es sich um eine offene oder geschlossene, aktive oder inaktive Tuberkulose handelt. Nach einer grundlegenden Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 13. Februar 1937 bedingt offene Lungentuberkulose immer Invalidität. In diesem Fall bleibt die noch verbliebene Arbeitskraft außer Betracht, da sie nach der angeführten Entscheidung

für den Bewerber nicht verwendbar ist. Mit dieser Auffassung ist ein wichtiger Schritt zur Bekämpfung der Tuberkulose getan, und eine größere Einheitlichkeit in der Beurteilung gewährleistet. Bei geschlossener Lungentuberkulose ist zu unterscheiden, ob es sich um aktive oder inaktive Prozesse handelt. Bei geschlossenen aktiven Prozessen wurde Invalidität angenommen. Geschlossene inaktive Lungentuberkulose bedingte keine Invalidität, wohl aber eine Erwerbsminderung. Dabei kommt es nicht so sehr auf die Ausdehnung der tuberkulösen Prozesse an, sondern auf die Feststellung, wieviel atmungsfähiges Lungengewebe noch vorhanden ist. Das tuberkulosefreie Gewebe kann ja in seiner Atmungsfunktion durch Emphysem stark beeinträchtigt sein. Danach ist die Erwerbsminderung abzuschätzen, aber eine solche Erwerbsminderung über $66^2/_3\%$ war in meinem Aktenmaterial nicht vorhanden.

Die Frage, ob vorübergehende oder dauernde Invalidität angenommen werden mußte, war oft schwer zu entscheiden. Doch konnte dauernde Invalidität nur auf die prognostisch ungünstigen Fälle beschränkt werden. Bei frischen Erkrankungen wurde in drei Fällen dauernde Invalidität angenommen, weil eine chirurgische Behandlung wegen des schlechten Allgemeinzustandes nicht möglich war, in zwei Fällen, weil die Antragsteller sie strikt ablehnten. Diese Bewerber verhielten sich ihrer Krankheit gegenüber sehr indolent, so daß alle Belehrungen ohne Erfolg blieben. Während der Pneumothoraxbehandlung wurde dauernde Invalidität angenommen, wenn Pleuraadhaesionen bestanden und der Pneumothorax trotz Thorakokaustik nur wenig wirksam blieb, und besonders wenn auch das Herz oder die Trachea seitlich vorzogen waren. Ebenso wurde begutachtet, wenn bei einseitig bestehendem Pneumothorax eine gleiche Behandlung der anderen Seite notwendig war, aber wegen zu geringer Vitalkapazität nicht durchgeführt werden konnte. In zwei weiteren Fällen mußte dauernde Invalidität angenommen werden, da die Patienten mit unvollständigem Pneumothorax jede weitere chirurgische Behandlung ablehnten. Nach einer ausgedehnten Rippenresektion wurde ein Antragsteller als dauernd invalide angesehen, weil trotz Operation der Prozeß nicht zum Stillstand gekommen war und eine neue Aussaat erfolgte.

Vorübergehende Invalidität wurde weit häufiger angenommen. In allen frischen Erkrankungsfällen wurde vorübergehende Invalidität angenommen und ein Heilverfahren eingeleitet. Während der Pneumothoraxbehandlung wurde ebenfalls vorübergehende Invalidität angenommen, auch wenn der Pneumothorax nicht ganz vollständig war, aber doch eine gewisse Wirkung zeigte, die in vielen Fällen noch durch eine Thorakokaustik verbessert werden konnte. In vielen Fällen wurde nach Beendigung der Pneumothoraxbehandlung bereits eine geschlossene inaktive Tuberkulose diagnostiziert, so daß nach einer Erholungszeit der Antragsteller bereits wieder als arbeitsfähig angesehen werden konnte. Einige Bewerber führten sogar schon während der Behandlung leichte Arbeiten aus, doch wurde ihnen immer ärztlicherseits davon abgeraten, da dadurch der Prozeß leicht aktiviert werden könne. Im allgemeinen dauerte die Behandlung ein Jahr, dann zeigte sich bereits der Erfolg, bei doppelseitigem und unvollständigem Pneumothorax war die Prognose allerdings ungünstiger. In einigen Fällen wurde bei mißglückter Pneu-

mothoraxbehandlung die Phrenikotomie durchgeführt, um die unteren Lungenteile zum Kollaps zu bringen. Auch bei dieser Behandlung wurde vorübergehende Invalidität angenommen. Im wesentlichen ist aber die Phrenikotomie eine Voroperation zur Thorakoplastik (Sauerbruch). Man sieht nach dieser Voroperation, ob die gesündere Seite eine weitere Belastung aushalten kann. Tritt eine Verschlimmerung der gesünderen Seite ein, dann kann die weit schwerwiegendere Thorakoplastik nicht ausgeführt werden. In mehreren Fällen wurde die Thorakoplastik nicht durchgeführt, und die Betreffenden wurden als vorübergehend invalide angesehen, da man eine Besserung noch innerhalb von zwei Jahren erwartete. War eine Pneumothoraxbehandlung wegen Schwarten nicht möglich, und waren die Prozesse vorwiegend einseitig, so wurde die Thorakoplastik vorgenommen, wenn sonst keine Aussicht auf Heilung bestand. Dieser schwere Eingriff bedingte eine besonders lange Heilungszeit, es wurden im Anschluß daran meist Erholungskuren gewährt, um den Allgemeinzustand wieder zu heben, doch wurde auch hier nur vorübergehende Invalidität angenommen. In einem Falle wurde allerdings auch durch die Thorakoplastik keine Besserung erzielt, da die Prozesse der anderen Lungenseite sich zunehmend verschlechterten. Zwar wurde auch in diesem Fall vorübergehende Invalidität angenommen, es wurde aber gleichzeitig das Urteil abgegeben, daß Aussicht auf Besserung durch ein Heilverfahren nicht mehr bestehe; es hätte also dauernde Invalidität gefolgert werden müssen.

Bestanden außer der Lungentuberkulose noch andere tuberkulöse Erkrankungen, so wurde das Augenmerk zuerst auf die Lungenerkrankung gerichtet. Handelte es sich um eine offene progrediente Lungentuberkulose mit Kehlkopf-, Nieren- oder Knochentuberkulose, so wurde stets dauernde Invalidität angenommen. Bei inaktiver Tuberkulose beider Lungenoberlappen und gleichzeitig bestehender Kehldeckel- und Nierentuberkulose wurde ebenfalls dauernde Invalidität angenommen, ebenso bei inaktiver Lungenspitzentuberkulose und einseitiger Nierentuberkulose, da der Antragsteller jeden operativen Eingriff ablehnte. Bei nur wenig ausgedehnter Lungenerkrankung mit Nebenhodentuberkulose wurde dagegen vorübergehende Invalidität angenommen, ebenso wie bei etwas ausgedehnteren Lungentuberkulosen und tuberkulöser Analfistel. In einem Fall von Bauchfell- und Drüsentuberkulose ohne Lungenerkrankung wurde ebenfalls vorübergehende Invalidität angenommen.

Es ist noch erwähnenswert, daß in einigen Lungenheilstätten die sogenannte Arbeitstherapie in die Kur eingeschaltet wurde. Sie kam in mehreren Fällen bei Rekonvaleszenten mit Erfolg zur Durchführung. Der Übergang zum normalen Leben wurde durch diese Behandlung erleichtert und die körperliche Spannkraft gehoben. Es ist wünschenswert, daß diese Methode weitere Verbreitung findet, da sie die Patienten auch psychisch günstig beeinflußt. (Bacmeister, Alexander, Brieger, Rollier).

Bei Pneumoconiose eines Zementarbeiters wurde vom Vertrauensarzt der Landesversicherungsanstalt dauernde Invalidität angenommen, da über beiden Lungen herdförmige und streifige Verschattungen bestanden, und er infolge dieser Veränderungen an dauernder schwerer Atemnot litt. Allerdings konnten tuberkulöse Prozesse nicht mit völliger Sicher-

heit ausgeschlossen werden, obwohl Bazillen niemals nachgewiesen wurden. Daneben bestand Bronchitis und Lungenemphysem.

Bei nicht spezifischer feuchter, oder bei mischinfizierter eitriger Rippenfellentzündung mit einer alten Lungentuberkulose wurde durch Krankenhausärzte vorübergehende Invalidität angenommen. Nach Durchführung eines Heilverfahrens konnte die Invalidität als beseitigt angesehen werden.

Die Altersbronchitis meist vergesellschaftet mit Bronchiektasie, Anfällen von Asthma bronchiale und Herzmuskelschwäche, bedingte bei Menschen über 55 Jahren nach Ansicht der Distriktsärzte dauernde Invalidität, wenn Cyanose und starke Dyspnoe bestand. Bei jüngeren Menschen wurde vorübergehende Invalidität von den Krankenhausärzten angenommen, insbesondere wenn der Brustkorb noch nicht in dem Maße starr war, daß das Emphysem als irreparabel angesehen werden mußte. Bei niedrigen Graden von Bronchialkatarrh wurde Invalidität von den Distriktsärzten überhaupt nicht angenommen, wohl aber einige Male von den behandelnden Ärzten. Ähnlich wurden die Alterserscheinungen von den Distriktsärzten beurteilt, bei denen das Emphysem im Vordergrunde stand. Bei diesen Antragstellern wurde öfters gleichzeitig Neurasthenie oder allgemeine Schwäche diagnostiziert, sie wurden als dauernd invalide angesehen.

3. Leib

Für die Beurteilung des Zustandes nach Operationen an den inneren Organen war die Wiederherstellung des Allgemeinzustandes ausschlaggebend. So wurde ein Antragsteller nach einer Magenresektion wegen Carcinoms, bei der paracostale Carcinomdrüsen nicht entfernt werden konnten, auf Grund seines dürftigen Allgemeinzustandes vom Distriktsarzt als dauernd invalide angesehen. Bei einer Magenresektion wegen Ulcus wurde aber vom Distrikts- und Krankenhausarzt nur vorübergehende Invalidität angenommen, obwohl sich ein Ulcus pepticum jejuni entwickelt hatte, und der Allgemeinzustand als kachektisch bezeichnet wurde. Nach Gallenblasen- oder Blinddarmoperationen mit Peritonitis und Pleuritis wurde ebenfalls von Distriktsärzten und beamteten Ärzten vorübergehende Invalidität wegen Rekonvaleszenz angenommen. Nach einer Nierenexstirpation wegen Tuberkulose bestand bei einer Frau Schrumpfblase mit chronischem Blasenkatarrh unklarer Ätiologie; auch hier wurde von allen Ärzten vorübergehende Invalidität angenommen. Nach Herausnahme sämtlicher inneren Geschlechtsorgane wurde eine 44jährige Frau wegen schwerer Depressionszustände vom Distriktsarzt als dauernd invalide angesehen, während bei einem 37jährigen Manne, dessen beide Hoden wegen sarkomatöser Entartung entfernt worden waren, vom Distriktsarzt nur vorübergehende Invalidität angenommen wurde, da er mit dem Fortfall der Invalidität innerhalb drei bis vier Monaten rechnete. Tatsächlich konnte die Rente aber erst nach vier Jahren entzogen werden, als er sich mit seinem Zustand seelisch abgefunden hatte. Die Invalidisierung aller dieser Rekonvaleszenten hatte vor allem den Zweck, den Allgemeinzustand zu bessern und den Kräftezustand zu heben. Zu diesem Zweck wurden mehrere Heilverfahren

durchgeführt. Dagegen hatten die Beschwerden infolge Adhaesionen nur untergeordnete Bedeutung, da den Antragstellern fast stets ein Beruf empfohlen werden konnte, in dem sie sich nicht in dem Maße körperlich anzustrengen brauchten, daß die Beschwerden ernstere Formen annahmen. Ebenso konnten Narben- und Leistenbrüche in den allermeisten Fällen durch eine Bandage zurückgehalten werden.

Wegen Cholecystitis und Cholelithiasis wurde einem 56jährigen Mann eine dauernde Invalidenrente gewährt, da nach dem Zeugnis des behandelnden Arztes die Infektion immer wieder aufflackerte, und die Anfälle erwiesenermaßen besonders nach körperlichen Anstrengungen auftraten. Nach Überstehen einer subakuten gelben Leberatrophie wurde wegen des dürftigen Allgemeinzustandes von den Distriktsärzten vorübergehende Invalidität angenommen. Bei einer so erheblichen Harnröhrenstriktur, daß eine Katheterisierung nicht mehr möglich war, wurde vom beamteten Arzt und Krankenhausarzt dauernde Invalidität angenommen. In einem Fall von recidivierendem Herpes der Ledengegend mit Herpes-Myelitis des Rückenmarks, der sich in starken lanzinierenden Schmerzen in der Lendengegend äußerte, die in die Beine und nach dem Kopf zu ausstrahlten, wurde vom Distriktsarzt nur vorübergehende Invalidität angenommen, während der Krankenhausarzt die Frage nach vorübergehender oder dauernder Invalidität nicht mit Sicherheit beantworten konnte, obwohl sämtliche Therapien bis dahin versagt hatten.

Bei den Erkrankungen der Wirbelsäule bedingte Kyphoskoliose allein nach Ansicht der Distriktsärzte keine Invalidität. Bei einem so schweren Grad der Erkrankung jedoch, bei der der rechte Rippenbogen auf dem Beckenkamm lag, und wegen der dadurch entstandenen neuralgischen Schmerzen, wurde vom beamteten Arzt dauernde Invalidität angenommen. Eine Kyphose, hervorgerufen durch Osteoporose, bedingte nach Ansicht der Krankenhausärzte vorübergehende Invalidität bis zum Eintritt einer Konsolidierung. Bei Spondylitis war die Beurteilung schwierig, da man hier in großem Maße auf die Angaben der Antragsteller angewiesen war. Es wurde von den beamteten Ärzten und Krankenhausärzten dauernde Invalidität angenommen, wenn röntgenologisch fortschreitende entzündliche Prozesse nachgewiesen werden konnten, wegen der die Antragsteller weder lange stehen noch sitzen konnten. Lediglich eine Versteifung der Wirbelsäule bedingte keine Invalidität. Schließlich wurde einmal wegen gonorrhoischer Erkrankung des rechten Iliosacralgelenks vom Krankenhausarzt vorübergehende Invalidität angenommen.

4. Kopf und Gehirn

Schizophrenie bedingte nicht immer Invalidität. Erst wenn die Krankheit so hohe Grade angenommen hatte, daß es zu Zusammenstößen mit der Umwelt gekommen war, also, wenn Einweisung in eine Anstalt erforderlich wurde, nahmen sämtliche Ärzte dauernde Invalidität an, oder wenn die Krankheit einen so hohen Grad angenommen hatte, daß es dem Kranken infolge seiner Kritiklosigkeit und Gedächtnisschwäche nicht mehr möglich war, selbst einfache und leichte Arbeiten auszuführen. Auch Epilepsie bedingte nicht ohne weiteres Invalidität. Erst

das Hinzukommen epileptischer Demenz oder allgemeinen Körperverfalls bedingte die Annahme einer dauernden Invalidität von allen Ärzten. Bei Halbseitenlähmungen — gleichgültig welcher Ätiologie — wurde von allen Ärzten dauernde Invalidität angenommen, wenn die spastischen Lähmungen oder die Muskelatrophie so erhebliche Grade angenommen hatte, daß der Antragsteller auch Arbeiten im Sitzen nicht mehr verrichten konnte. Bei Personen zwischen 20 und 30 Jahren wurde in diesen Fällen allerdings von allen Ärzten nur vorübergehende Invalidität angenommen, da eine Besserung für wahrscheinlich gehalten wurde. Bei den Zuständen nach Schädelbrüchen wurde von den Distriktsärzten immer vorübergehende Invalidität angenommen, auch wenn ein Hirnabszeß vorlag. Es wurde den Patienten Zeit gelassen, sich an den neuen Zustand zu gewöhnen, jedoch traten in keinem Fall nach einer contusio cerebri derartig schwere Schädigungen auf, daß dauernde Invalidität gerechtfertigt war; immer trat in absehbarer Zeit wesentliche Besserung oder Gewöhnung ein.

Vollständige Taubheit, bei der also eine Verständigung nur durch lautes Schreien möglich war, bedeutet stark herabgesetzte Erwerbsfähigkeit, bedingte aber allein noch keine Invalidität. Erst durch Hinzukommen einer anderen Krankheit wurde die Annahme einer Invalidität gerechtfertigt. So wurde in einem Falle wegen Taubheit in Verbindung mit Hypertonie (Blutdruck 230 mm Hg) mit Schwindelanfällen durch den Distriktsarzt, in einem anderen Falle wegen einer chronischen Otitis media, die zur Taubheit geführt hatte, bei gleichzeitiger Affektion des Nervus vestibularis, die durch Taumeln zum Ausdruck kam, vom beamteten Arzt dauernde Invalidität angenommen.

Der Zustand nach operativer Behandlung eines beiderseitigen chronischen Glaukoms mit stark eingeengtem Gesichtsfeld, sehr erheblicher Lichtscheu und unsicherem Gang bedingte nach Ansicht des Distriktsarztes dauernde Invalidität. In einem anderen Falle wurde durch den Facharzt ebenfalls dauernde Invalidität angenommen, da die Sehkraft auf dem einen Auge auf das Erkennen von Fingerzählen vor dem Auge herabgesetzt war, bedingt durch Grauen Star, während das andere Auge durch Ablösung eines großeren Bezirkes der Netzhaut schwer erkrankt war.

Verlust des Geruchs nach eine Contusio cerebri bedingte Invalidität nicht.

Bei Lupus des Gesichtes, Halses und Nackens wurde vom Distrikts- und Facharzt vorübergehende Invalidität angenommen, weil die Krankheit im Fortschreiten begriffen war und einer Behandlung bedurfte. War dagegen der Endzustand erreicht und eine Behandlung nicht mehr notwendig, so wurde das abstoßende Aussehen und die große Schwierigkeit eine Arbeitsanstellung zu finden — wegen der Furcht anderer Menschen sich anzustecken — nicht als hinreichender Grund für die Invalidisierung angesehen. Dieser Standpunkt ist jedoch veraltet und heute überholt. Die Auffassung hat sich — analog der modernen Beurteilung der offenen Lungentuberkulose — dahingehend gewandelt, daß auch in diesem Falle die verbliebene Arbeitskraft für den Antragsteller nicht verwendbar ist. Der moderne Gutachter wird bei diesem Sachverhalt dauernde Invalidität folgern müssen.

An dieser Stelle seien auch die Neurosen und Psychoneurosen erwähnt. Erkrankungen auf rein funktioneller Grundlage haben zwar keinen erwerbsmindernden Charakter*), doch besteht meist ein mehr oder weniger schweres organisches Leiden, das psychisch überlagert wird. Um hier eine Trennung herbeiführen zu können, muß der Gutachter auch das psychische Verhalten des Antragstellers hinreichend untersuchen. Es bestanden bei sehr vielen Bewerbern Rentenwunschempfindungen, die oft zu Aggravation, selten zu Simulation führten. In einem Drittel meines Materials war Aggravation angegeben. Vergleicht man aber die geäußerten Klagen der Bewerber mit dem objektiven Befund, so muß man Aggravation in mehr als der Hälfte der Fälle annehmen. Simulation war weitaus seltener. In einem Falle war Simulation erwiesen, in drei weiteren sehr wahrscheinlich. Wenn in der Literatur die Unfallversicherung als das Haupterscheinungsfeld der Neurosen angesehen wird, so sind sie nach vorstehenden Angaben auch in der Invalidenversicherung keineswegs selten zu beobachten. Neben der körperlichen Untersuchung muß auch eine hinreichende Untersuchung des psychischen Zustandes treten, die von den Distriktsärzten meist nur oberflächlich durchgeführt wurde. So kamen Diagnosen zustande wie „Allgemeine Nervenschwäche", „Nervöse Erschöpfung" usw., die sich bei weiteren Untersuchungen als mangelnder Arbeitswille und als Ausdruck des Rentenbegehrens entpuppten. Der Begriff des autoplastischen Krankheitsbildes (Goldschneider) hängt eng mit diesen Fragen zusammen. Ist es vorhanden, so muß es zu Aggravation, kann auch zu Simulation führen. Es sind in meinem Material Fälle vorhanden, in denen sich die Bewerber durch psychische Fixierung ihrer Leiden in einen Zustand gebracht hatten, der Invalidität bedingte. Die Gutachter ließen sich dann oft zu einer milderen Auffassung bewegen und befürworteten zumindest ein Heilverfahren. Demgegenüber muß gesagt werden, daß in solchen Fällen Anlegung schärfsten Maßstabes am Platze ist. Der Gutachter muß einem solchen Bewerber mit aller Entschiedenheit klar machen, daß er einen Anspruch auf Rente nicht besitzt. Unterläßt er diesen Vorhalt, nimmt die Neurose immer schwerere Formen an. Als Beispiel möge folgender Fall dienen: Ein 36jähriger Mann, der in Behandlung wegen Magengeschwürs und epileptischer Anfälle war, stellte Antrag auf Gewährung einer Invalidenrente. Bei der Begutachtung durch den Distriktsarzt wurden nervöse Magenbeschwerden mit psychogener Überlagerung festgestellt. Da das Gewicht mit Kleidung bei einer Größe von 164 cm 52 kg betrug, wurde vorübergehende Invalidität angenommen und ein Heilverfahren befürwortet. Während des bewilligten Heilverfahrens behauptete der Mann, keinerlei Essen vertragen zu können. Nach jeder Nahrungsaufnahme erfolgte Erbrechen, das er dadurch künstlich herbeiführte, daß er sich einen Finger in den Mund steckte. Außerdem zitterte er am ganzen Leibe. Nach einer Suggestivbehandlung besserten sich seine Beschwerden etwas, und er wurde mit einem Gewicht von nackt 42 kg voll erwerbsfähig entlassen mit der Diagnose „Rentenneurose auf hysterischer Grundlage, arbeitsscheu, will um jeden Preis seine Rente, objektiv kein krankhafter Befund". Er erhielt hierauf noch für drei

*) Siehe Seite 9 unten.

Monate Invalidenrente. Gegen den Entziehungsbescheid legte er Berufung ein, die aber verworfen wurde. In solchen Fällen wurde oft noch Revision eingelegt, und die Zahl der eingeholten Gutachten überstieg bei weitem die normale. Manche Gutachter ließen sich durch die „Hilflosigkeit" solcher Antragsteller zu einer milden Stellungnahme verleiten. Es muß aber von vornherein solchen Bewerbern energisch entgegengetreten werden, um lange dauernde Verfahren zu vermeiden. Die einzig erfolgreiche Therapie in solchen Fällen ist die Arbeitstherapie. Für sie ist die Arbeit ein Segen. Die Gewährung einer Rente, wenn auch nur für kurze Zeit, kann den Zustand nur verschlimmern. Ganz besonders aber ist es die Aufgabe der behandelnden Ärzte, alle Begehrensvorstellungen energisch zu beseitigen, anstatt sie zu hegen und zu pflegen, wie es leider manchmal nach den von mir verarbeiteten Akten geschah.

5. Gliegmaßen

Sehr häufig wurde bei den Antragstellern die Arthrosis deformans beobachtet. In vielen Fällen wurde sie nur als Nebenbefund aufgeführt. Bei stärkeren Veränderungen mußte die Erwerbsfähigkeit als erheblich durch sie eingeschränkt angesehen werden. Meist war sie bei älteren Menschen mit anderen Leiden vergesellschaftet und bedingte dann oft mit ihnen zusammen Invalidität. Bei Menschen über 60 Jahren wurde dauernde Invalidität angenommen, wenn ein großes Gelenk der unteren Extremität auf Grund arthrotischer Veränderungen ein Drittel der Bewegungsfreiheit verloren hatte. Meist waren aber beide Hüft- oder Kniegelenke befallen, und es kam zu statischen Beschwerden. In diesen Fällen wurde auch bei weniger starken Veränderungen von allen Gutachtern dauernde Invalidität angenommen. Waren nur die Schultergelenke befallen, so mußten erheblichere Veränderungen vorliegen, um eine Invalidisierung zu rechtfertigen. Bei der Beurteilung wurde aber auch stets auf die übrigen Alterserscheinungen geachtet, die dann zusammen mit der noch nicht sehr erheblichen Arthrosis nach Ansicht der Distriktsärzte und beamteten Ärzte Invalidität bedingten. Ähnlich wurde die Polyarthritis rheumatica beurteilt. Auch bei Vorhandensein einer solchen wurde bei den Antragstellern über 60 Jahren von allen Gutachtern dauernde Invalidität angenommen, wenn die großen Gelenke um ein Drittel in ihrer Bewegungsfreiheit behindert waren; bei jüngeren Menschen wurde von allen Gutachtern nur vorübergehende Invalidität angenommen. Wegen einer in kurzen Abständen recidivierenden gonorrhoischen Entzündung der Fußgelenke und eines Kniegelenks mit erheblichen Versteifungen wurde einmal auf Grund fachärztlicher Gutachten vorübergehende Invalidenrente gezahlt. Der Muskelrheumatismus bedingte allein keine Invalidität, doch wurde die Arbeitsfähigkeit als durch ihn stark verringert angesehen. Besonders durch Glutealmyalgien wurde das Stehen und Sitzen sehr erschwert, so daß den Rentenbewerbern mit solchen Beschwerden und anderen leichteren Gebrechen auf Grund von Gutachten beamteter Ärzte vorübergehende Invalidenrente zugebilligt wurde. Oft bedingte eine versteifte Extremität und Muskelrheumatismus die Invalidisierung; dabei wurde nur bei älteren Menschen von allen Gutachtern dauernde Invalidität angenommen.

Gerade wegen Gelenk- und Muskelrheumatismus wurde in sehr vielen Fällen ein Heilverfahren gewährt, das häufig die drohende Invalidität für einige Zeit abwenden konnte. Auch Ischias führte nach Ansicht der Distriktsärzte und beamteten Ärzte zu vorübergehender Invalidität, wenn das betroffene Bein praktisch lahm war, und das Gehen nur mit einem Stock ermöglicht werden konnte. Wegen erheblicher gichtischer Veränderungen in beiden Händen in Verbindung mit Arthrosis deformans mittleren Grades aller größeren Gelenke wurde einmal bei einem 61jährigen Manne vom Facharzt dauernde Invalidität angenommen. Wegen einer Stichverletzung des rechten Armes mit Radialisparese, progredienter Arteriosklerose und Lues wurde nach stationärer Begutachtung dauernde Invalidität angenommen. Nach Arm- und Beinbrüchen wurde oft Antrag auf Invalidenrente gestellt, weil die Heilung durch Komplikationen verzögert wurde. Einfache Frakturen heilten in sechs Monaten aus, so daß Invalidenrente nicht gezahlt werden brauchte. Lediglich in zwei Fällen wurde wegen schlechter Heilungstendenz von Distriktsärzten vorübergehende Invalidität angenommen. Der eine Antragsteller lag noch im Streckverband, während bei dem anderen nach einem Unterschenkelbruch die Muskulatur noch erheblich abgemagert und das Gehen nur mit einem Stock möglich war. Außerdem bestand noch starker Druckschmerz in der Umgebung der Frakturstelle. Auch nach einer Zertrümmerungsfraktur des linken Unterschenkels mit sekundärer Osteomyelitis wurde vom Distriktsarzt vorübergehende Invalidität angenommen; ebenso wurde eine Thrombose im linken Oberschenkel nach einer Fraktur durch den Distriktsarzt beurteilt. In einem Falle wurde einem 44jährigen Manne wegen chronisch eiternder Fisteln des in Bajonettstellung versteiften Kniegelenks (Folgen einer Schußverletzung im Kriege) mit starkem Muskelschwund nach dem Gutachten eines Distriktsarztes dauernde Invalidenrente gezahlt. Dagegen wurde in einem anderen Fall nach einem Unterschenkelbruch mit noch geringer Beweglichkeit der Bruchstelle und einer eiternden Knochenfistel vom Krankenhausarzt vorübergehende Invalidität angenommen. Bei einer Ostitis fibrosa generalisata mit Spontanfraktur des linken Oberarms und Versteifung des Schultergelenks wurde vom Distriktsarzt vorübergehende Invalidität angenommen, doch konnte bei den Nachuntersuchungen keine Besserung festgestellt werden; schließlich wurde die Kontrolle eingestellt, da eine Besserung unwahrscheinlich erschien. Nach Ansicht des Facharztes lag vorübergehende Invalidität auch bei posttraumatischer Gelenktrophoneurose der rechten Schulter vor. Nach einem Sturz auf die rechte Schulter ohne Knochenverletzung hatte sich eine Atrophie aller in unmittelbarem Zusammenhang mit der Gelenkkapsel stehender Muskeln eingestellt, besonders aber des Bizeps und des M. infraspinatus, so daß der Arm im Schultergelenk nicht gehoben werden konnte. Da die Muskulatur keine Entartungserscheinungen zeigte, war eine Besserung in absehbarer Zeit wahrscheinlich. Der Verlust des rechten Armes bedingte Invalidität nur bis zum Eintritt der Gewöhnung, zur weiteren Invalidisierung mußte noch ein zweites Leiden hinzukommen. So wurde wegen Neurasthenie und heftiger Schmerzen im Amputationsstumpf verbunden mit Schlaflosigkeit bei einem eben unterhalb des Schultergelenks amputierten rechten Arm vom Distriktsarzt

dauernde Invalidität angenommen. Bei Amputation des rechten Unterarms mit erheblicher Schwäche des Stumpfes infolge Nervenlähmung (praktisch Verlust des ganzen rechten Armes) und gleichzeitig bestehendem Rheumatismus des linken Armes wurde ebenfalls vom Distriktsarzt dauernde Invalidität angenommen. Wegen Verlust des rechten Fußes, Verkrüppelung und Versteifung des rechten Daumens und Erblindung des linken Auges (Unfallfolgen) wurde dem Antragsteller zwar eine Erwerbsminderung von 60% zugebilligt, dauernde Invalidität aber erst nach Hinzukommen eines chronischen Bronchialkatarrhs und leichter Dyspnoe vom beamteten Arzt angenommen. In einem Fall von Raynaudschen Gangrän, in dem die vierte linke Zehe bereits amputiert, die übrigen Zehen blaurot gefärbt und durch chronische Geschwüre stark beschädigt waren, während der rechte Fuß durch Blutgefäßstörungen angeschwollen war, wurde Rente wegen dauernder Invalidität gezahlt, obwohl der Distriktsarzt die Frage nach vorübergehender oder dauernder Invalidität nicht hatte beantworten können. Bei Preßluftnieterkrankheit, die im grobschlägigen Tremor des rechten Armes und erheblicher Schwerhörigkeit zum Ausdruck kam, zu der sich noch eine Schwäche des ganzen rechten Armes gesellte, wurde einem 61jährigen Manne nach dem Gutachten des Vertrauensarztes der Landesversicherungsanstalt dauernde Invalidenrente zuerkannt.

6. Nebenbefunde

An dieser Stelle möchte ich häufige Nebenbefunde anführen, die an sich nur geringe erwerbsmindernde Bedeutung haben, aber deren Auswirkungen von den Antragstellern überschätzt wurden, oder die von den Gutachtern verschieden beurteilt wurden. Der häufigste Nebenbefund waren Platt-, Knick- oder Spreizfüße. Es wurde vielfach behauptet, daß dadurch längeres Stehen und Gehen unmöglich sei. Diesen Befunden wurde aber meistens von keinem Gutachter besondere Bedeutung beigelegt, sondern es wurde das Tragen von geeigneten Einlagen empfohlen, die die Beschwerden weitgehend herabminderten. Nur einmal äußerte ein Facharzt, daß wegen hochgradiger Plattknickfüße bei einem 63 Jahre alten Manne die Invalidisierung allein schon deshalb gerechtfertigt sei. Ferner wurden oft Leistenbrüche festgestellt. Gewöhnlich hatten die Antragsteller lange Zeit hindurch den Bruch bereits gehabt und mit ihm auch gearbeitet, erhöhte Bedeutung wurde ihm aber erst während des Invalidenverfahrens beigelegt. Für die Beurteilung der Erwerbsminderung hatten sie aber auch nur untergeordnete Bedeutung, da sie in den meisten Fällen kaum die Größe eines Hühnereies erreichten. Es wurden auch hier stets Bandagen empfohlen. Wegen Verlust oder Versteifung eines Fingerendgliedes wurde eine Behinderung nicht angenommen. Eine weit größere Rolle in der Beurteilung spielte aber die Lues latens. Einige Krankenhausärzte standen auf dem Standpunkt, daß dadurch eine Erwerbsminderung durchaus gegeben sei, in einem Falle wurde sogar der positive Ausfall der Wassermannschen Reaktion im Blut mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um 20% angegeben. Demgegenüber legte die Mehrzahl der Gutachter der Lues latens keine erwerbsmindernde Bedeutung bei. Diesem Standpunkte schließe ich mich

an, denn bei der Invalidisierung stehen Gebrechen zur Diskussion, die den Antragsteller bei seiner Arbeitsausübung körperlich behindern. Es ist aber nicht einzusehen, inwiefern ein Mensch durch eine symptomlose Lues latens behindert wird. Alle Erörterungen darüber, ob es sich um eine erworbene oder angeborene Lues handelt, sind in diesem Zusammenhang ohne Interesse, da die Klärung dieser Frage für die Erwerbsminderung ohne Bedeutung ist. Erst, wenn nachweisbare Symptome an den Organen auftreten, kann von Einschränkung der Arbeitsfähigkeit die Rede sein. Rentenbewerbern mit Lues latens wurde eine antiluische Kur empfohlen. Diesen Standpunkt vertrat auch das Oberversicherungsamt. Es handelte sich meist um die Frage, ob ein Antragsteller, der wegen anderer Leiden an der Grenze der Invalidität stand, auf Grund seiner Lues latens als Invalide anzusehen sei oder nicht. Diese Frage wurde stets verneint.

Als wichtiger Nebenbefund wurde die Beschaffenheit der Handflächen angesehen. Man versuchte aus dieser abzulesen, ob der Bewerber noch bis vor kurzer Zeit Arbeitsleistungen verrichtet oder ob ein Invalider wieder Arbeiten ausgeführt hatte. Die in dieser Hinsicht von den Distrikts ärzten erhobenen Befunde waren jedoch so spärlich, daß aus ihnen bindende Schlüsse nicht abgeleitet werden konnten. Die Obergutachter beachteten vielfach die Beschaffenheit der Handflächen und machten darüber im Befund Angaben. Waren die Handflächen weich, wurde der Schluß gezogen, daß Arbeiten von in Betracht kommendem Ausmaße sicher nicht verrichtet seien. Hatten die Handflächen mittlere Härte, so konnte etwas Bestimmtes über Arbeitsleistungen daraus nicht entnommen werden. War dagegen ausgesprochene Schwielenbildung vorhanden, so wurde die Verrichtung von Arbeiten als sehr wahrscheinlich angenommen. Bei solchen Schlüssen erscheint Vorsicht am Platze. Schwielen müssen nicht immer von Arbeitsleistungen herrühren. So zeigten lahme Bewerber, die sich beim Gehen auf einen Stock stützen, an der zum Stützen gebrauchten Hand Schwielenbildung. Sichere Schlüsse konnten aus Schwielenbildung bisher nicht gezogen werden, da das Schwielenproblem noch nicht hinreichend bearbeitet und geklärt ist. Allerdings beeinflußte zweimal ein solcher Befund das Urteil des Obergutachters. Es handelte sich um ausgesprochene Schwielenbildung an beiden Händen bei einem Bewerber, der ein längeres Krankenlager durchgemacht hatte. Der Gutachter schloß, daß der Bewerber, der vor einiger Zeit aus dem Krankenhause entlassen worden war, schon wieder Arbeitsleistungen verrichtet habe, und verneinte die Frage nach der Invalidität. Der andere Fall war ähnlich gelagert.

C.
ZUSAMMENFASSUNG

Meine Arbeit hat ergeben, daß der Begriff der Invalidität kein feststehender Begriff ist, sondern daß seine Auslegung in gewissem Rahmen Schwankungen unterworfen ist. Im Jahre 1931 war der Invaliditätsbegriff recht verschwommen, während im Jahre 1935 und noch mehr im Jahre 1937 seine Auslegung weit größere Einheitlichkeit zeigte. Eine völlige Übereinstimmung in den Auffassungen konnte aber auch dann nicht erreicht werden, die einzelnen Gutachtergruppen zeigten vielmehr deutliche Unterschiede in der Beurteilung der Invaliditätsfrage. Den einheitlichsten Standpunkt in dieser Frage vertraten die beamteten Ärzte. Um zu einer weiteren Vereinheitlichung in der Auslegung des Invaliditätsbegriffes zu gelangen, erwiesen sich in meinen Ausführungen drei Punkte von Wichtigkeit. Jeder Gutachter muß eine genaue Untersuchung des Rentenbewerbers unter Berücksichtigung des Allgemeinbefundes vornehmen. Ferner muß jeder Gutachter sich mit dem Vorgutachten hinreichend auseinandersetzen. Und schließlich darf ein Gutachter nur dann zu einem anderen Urteil gelangen als der Vorgutachter, wenn er ihm Irrtümer nachzuweisen in der Lage ist. Meiner Ansicht nach kann nur durch die Beachtung dieser Punkte eine weitere Vereinheitlichung der Auffassungen über den Invaliditätsbegriff erreicht werden.

Am Schluß meiner Arbeit möchte ich nicht versäumen, Herrn Obermedizinalrat Dr. Koopmann für die freundliche Überlassung des Themas sowie für die liebenswürdige Beratung bei der Zusammenstellung der Arbeit meinen aufrichtigen Dank auszusprechen.

LITERATUR

Dersch: Die Sozialversicherung, Berlin 1927.

Diepgen: Geschichte der sozialen Medizin, Leipzig 1934.

Eltze: Die Lungentuberkulose in der Begutachtung, Berlin 1936.

Hildebrandt: Stellung, Pflichten und Gutachtertätigkeit des Arztes, Berlin 1925.

Königsfeld: Versicherungsmedizin, Leipzig 1925.

Koopmann: Unfallsfolgen und Allgemeinbefund. I. Internationaler Kongreß für gerichtliche und soziale Medizin zu Bonn a. Rh. vom 22. bis 24. September 1938. Verhandlungsbericht Bonn 1938.

Liniger: Der Rentenmann, Leipzig 1925.

Scherler: Ein Querschnitt durch die deutsche Sozialversicherung, Berlin 1937.

Weicksel: Kompendium der sozialen Versicherungsmedizin, Leipzig 1938.

LEBENSLAUF

Am 28. August 1911 wurde ich als deutscher Staatsangehöriger in St. Petersburg geboren. Mein späterer Wohnsitz war Lübeck. Hier besuchte ich die Deutsche Oberschule „Johanneum", an der ich Ostern 1931 das Abiturientenexamen ablegte.

Von 1931 bis 1933 studierte ich Maschinenbau in Danzig und Breslau.

In Breslau begann ich 1933 das Studium der Medizin und bestand dort 1934 den I. Abschnitt der ärzlichen Vorprüfung. Darauf studierte ich in Halle und Königsberg, wo ich 1936 den II. Abschnitt der ärztlichen Vorprüfung bestand.

Die klinischen Semester verbrachte ich in Königsberg und in Hamburg, wo ich im Mai 1939 die ärztliche Prüfung ablegte.

Georg Fedrowitz